Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р.

Основы сексологии

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие

При подготовке четвертого издания нашей главной целью было создать - на основе предшествующих вариантов - учебник, содержащий исчерпывающее изложение предмета. Мы стремились рассмотреть его биологические, психологические и культурные аспекты, сделать книгу увлекательной, используя живую, непосредственную манеру изложения. Нам хотелось снабдить студентов серьезной информацией, которая не только пополнила бы их знания, но придала бы им уверенность в себе и помогла лучше разобраться в личностных и межличностных аспектах сексуальности.

Здесь уместно сделать одно пояснение. Говоря о том, что наш учебник содержит исчерпывающее изложение предмета, - а мы твердо уверены, что это действительно самый полный из всех существующих на сегодня учебников сексологии для колледжей, - мы должны тут же добавить, что это вовсе не делает его скучным. Мы включили в него множество высказываний и замечаний людей буквально из всех слоев общества, чтобы сделать нагляднее некоторые моменты. Эти высказывания, взятые из картотек авторов книги, иногда бывают пикантными, иногда остроумными, часто весьма глубокими, но бывают и пошлыми, тем не менее все вместе они внесли в нашу книгу живую ноту, утратив которую она бы явно проиграла. По сравнению с прежними изданиями мы шире использовали вставки "От первого лица", чем, на наш взгляд, тоже усилили личностный аспект описания сексуальных ощущений и опыта. Мы старались, чтобы читатель получил чисто практические, а не только формальные академические сведения по многим важным темам, например "Как получить максимальное удовлетворение от полового акта" (гл. 15) или "Если кто-то из ваших близких болен СПИДом" (гл. 20).

Из тех же соображений в некоторые главы включены тесты, помогающие студентам лучше разобраться в той или иной проблеме, например определить свое отношение к аборту (гл. 1) или оценить свои отношения с партнером по критериям, сформулированным Стернбергом в "Триаде любви" (гл. 12). Предлагаемые студентам в конце каждой главы "Вопросы для размышления" позволят им более глубоко продумать текст книги, а также лучше понять и себя, и тех, кто им близок и интересен; в последнем случае студенту следует предложить этим людям тоже ответить на поставленные вопросы, а потом сопоставить ответы со своими собственными и обсудить результаты.

В четвертом издании общий план книги претерпел существенные изменения, а в текст включены некоторые новые материалы, перечисленные ниже. Продолжая использовать замечательные иллюстрации Робнота Демареста, мы добавили много новых графиков, таблиц, фотографий и карикатур (хотя следует признать, что мы настояли на сохранении нескольких самых любимых нами карикатур из прежних изданий).

НОВЫЕ ЧЕРТЫ НАСТОЯЩЕГО ИЗДАНИЯ

В четвертом издании рассмотрено много новых тем, а изложение ряда других существенно переработано.

Принимая во внимание серьезность эпидемии ВИЧ/СПИД и ее воздействие на сексуальное поведение людей в 1990-е гг., мы посвятили данному вопросу целую главу. В ней описаны биология вируса иммунодефицита человека (при этом особое внимание уделено способам его передачи), а также социальные и эмоциональные аспекты отношения к эпидемии ВИЧ/СПИД. Помимо исчерпывающих сведений о "безопасном сексе", в этой главе объясняется, как распространялась данная эпидемия в США, приобретая специфические черты в разных регионах и охватывая все новые группы

населения, в частности женщин и подростков; мы стремились также предоставить студентам более широкую информацию о степени риска, которому они подвергаются, и заставить их отказаться от самоуспокоенности. Главная же идея, заложенная в этой главе, заключается в том, что возникновения новых очагов эпидемии СПИДа можно избежать и что можно справиться с ней там, где она возникла. Заслуживают упоминания и материалы по некоторым другим проблемам, которые либо впервые обсуждаются в книге, либо изложены в ней значительно шире, чем это бывает обычно.

• Новая глава по сексуальным проблемам подростков освещает несколько совершенно новых тем, например зависимость между употреблением наркотиков и спиртных напитков и сексуальной активностью подростков или же проблемы подростков, ставших отцами. Кроме того, глава содержит много новых материалов по половому воспитанию подростков.

• Новые материалы дискуссии по проблеме абортов внесены в разные главы, прежде всего в гл. 6, где эта проблема рассматривается всесторонне, а также в гл. 23, где приведен материал по этическим ее аспектам.

• Глава о репродукции человека дополнена развернутым изложением новых данных по широкому кругу вопросов, в том числе об использовании специальных наборов реактивов для выявления беременности в домашних условиях, о пренатальном определении пола ребенка, о курсах для беременных подростков, о воздействии кокаина на развивающийся плод. Значительно расширено обсуждение различных вариантов ведения родов, включая роды на дому. Описание всего диапазона современных методов вспомогательной репродукции: экстракорпорального оплодотворения, введения в маточные трубы гамет или зиготы, донорство яйцеклетки и перенос эмбриона - пополнено новыми данными, поражающими воображение.

• В гл. 12 подробно разбирается теория Стернберга "Триада любви" и приведен вопросник, с помощью которого студенты, используя модель Стернберга, могут дать оценку собственным романтическим связям. К этой главе добавлен также раздел, в котором обсуждается теория любви как "привязанности".

• Ввиду того, что вопрос об изнасиловании на свидании или изнасиловании знакомым представляет значительный интерес для студентов колледжей, книга содержит обширный и в основном новый материал на эту тему. Изнасилованию на свидании посвящены два раздела: в одном проблема представлена с точки зрения мужчины, а в другом - с точки зрения женщины. Гл. 18 дополнена новыми материалами о сексуальных домогательствах и в ней значительно расширен раздел об инцесте, включая вопрос о непротивлении при изнасиловании близкими родственниками, а также другие аспекты этой проблемы. К гл. 15 добавлен новый заключительный раздел "Как получить максимальное удовлетворение от полового акта", где даны конкретные легко выполнимые советы, которые студенты могут использовать в собственной жизни.

В гл. 16 рассмотрены важнейшие вехи в движении геев за свои права, обширные материалы по психологическим аспектам их выхода из "подполья", а также лесбиянство и бисексуальность. "Вопросы для размышления" в конце этой главы помогут студентам лучше понять, как они на самом деле относятся к гомосексуалам.

Гл. 17 дополнена обсуждением "Теории нарушения любовной карты" Джона Мани применительно к педофилии и разделом, касающимся синдрома "сексуальной аддикции". Кроме того, расширено обсуждение вопроса о проституции.

В главе о половых расстройствах и сексуальном здоровье обсуждается ряд актуальных тем, в том числе: воздействие на половую систему анаболических стероидов; последствия таких распространенных психических заболеваний, как расстройства настроения (мании и депрессии), анорексия и булимия; сексуальное поведение при болезни Альцгеймера. Подробно рассмотрены проблемы секса при разного рода увечьях. Кроме того, эта глава содержит много новых материалов по раку молочной железы.

В новом издании расширено и дополнено до современного уровня изложение многих других проблем, как, например, тенденции в характере сожительства между студентами колледжей; этические аспекты новых методов вспомогательной репродукции; успехи гомосексуалов как мужчин, так и женщин в роли родителей; сексуальная реактивность проституток; описан открытый недавно вирус гепатита С; значительно увеличен объем информации об остроконечных кондиломах и о возможных канцерогенных свойствах вирусов папилломы человека.

СТРУКТУРА КНИГИ

Книга начинается с вводной части, состоящей из двух глав. В гл. 1 изложены общие представления о предмете путем обсуждения различных аспектов сексуальности и краткого исторического очерка, касающегося сексуальных обычаев и отношения к проблеме секса в разные эпохи и в разных странах. В гл. 2 дан краткий обзор методов, применяемых в сексологии, и основных исследований в этой области, начиная с работ Кинзи и до настоящего времени. Остальной материал книги разбит на пять частей: биологические основы сексуальности; развитие сексуальности; психологические аспекты сексуальности; сексуальное здоровье человека и культурные аспекты сексуальности. Такая структура позволяет выделить различные компоненты сексуальности, не разрывая связи между ними. В каждой части, однако, сохраняется многосторонний подход, постоянно выявляющий сложное переплетение различных аспектов проблемы.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЙ ДИДАКТИЧЕСКИЙ МАТЕРИАЛ

К уже имевшимся в предыдущих изданиях приложениям дидактического характера добавлено несколько новых. Помимо множества вставок по тексту, в которых изложены актуальные практические вопросы, мы включили в книгу несколько дополнений, названных "Специальное исследование", чтобы проиллюстрировать те или иные положения, сформулированные в основном тексте; они касаются мазохизма, депрессии, сексуальных последствий злоупотребления наркотиками и т.д. Еще одна новая деталь - очень сжатые приложения "Коротко о важном", разбросанные по всей книге. В них суммируются основные представления по отдельным, конкретным вопросам (например "Что может произойти в случаях нежелательной беременности" или "Характеристики поведения растлителей детей") или же дается краткий перечень советов ("Как справляться с тошнотой при беременности"). Мы расширили также рубрику "От первого лица", содержащую сообщения о необычных событиях или случаях из частной жизни. Как и в предыдущих изданиях, многие главы снабжены дополнениями под названием "Актуальные вопросы", цель которых - привлечь внимание к важным и подчас противоречивым научным данным. Заключают каждую главу краткие "Выводы".

Библиография пополнена для этого издания более чем 500 новыми работами, так что общее число ссылок превысило теперь 2000, и студенты смогут найти среди них материалы почти по любой из проблем, рассматриваемых в книге.

БЛАГОДАРНОСТИ

Мы выражаем благодарность многим лицам за помощь в создании и издании этой книги. Помимо общей благодарности всем сотрудникам Harper Collins College Division, мы хотим особо поблагодарить Мелони Парнес - ведущего редактора этого издания - за ее неустанное внимание ко всем деталям и терпение при каждом нарушении нами "самых последних" сроков. Мы выражаем также благодарность помощнику художественного редактора Дороти Бенджерт, создавшей привлекательный дизайн книги.

Отдельные части рукописи в первоначальном варианте были просмотрены

C.L.M. Carnrike (Syracuse University)

Leslie McBride (Portland State University)

Ryda Rose (University of Pensylvania)

Jerome Cerney (Indiana State University)

James Calhoun (University of Georgia)

Myles Anderson (Walla Walla Community College)

Grace Galliano (Kennesaw State College)

Ann Auleb (San Francisco State University)

Marlene Tufts (Clackamas Community College)

Совершенно необходимо особо выделить двух лиц, высказывавших необычайно ценные замечания и предложения в процессе подготовки всех четырех изданий книги: Марлен Тафте представила нам подробный обзор критических отзывов на книгу, а также множество интересных предложений по улучшению первоначальных вариантов рукописи. Кроме того, она умело подготовила "Вопросы для размышления", содержащиеся в конце каждой главы 4-го издания: Джейн Тафте, редактор, которая участвовала в подготовке всех трех первых изданий книги - и по многим причинам заслуживает того, чтобы войти в число ее авторов наряду с нами, - вновь приложила все усилия, чтобы помочь нам сделать книгу как можно лучше.

И, наконец, мы приносим благодарность перечисленным ниже преподавателям, советы которых были важны и полезны и помогли нам определить, в каком направлении следует перерабатывать книгу:

Marlene Tufts (Clackamas Community College) Jerome Cerney (Indiana State University) Clive Davis (Syracuse University) C.L.M. Carnrike (Syracuse University) Ryda Rose (University of Pensylvania) Carole Zawid (Atlantic Community College) James Johnson (Sam Houston State University) H.H. Milaelian (University of New Brunswick).

Мы хотим также выразить свою благодарность ряду учреждений, оказавших нам помощь при подготовке этого издания: Институту Алена Гуттмахера, библиотеке Гарвардской медицинской школы, коммерческой библиотеке университета штата Нью-Йорк, библиотеке Колумбийского университета, библиотеке Медицинской академии Нью-Йорка и Центрам по борьбе с заболеваемостью.

В заключение мы вновь приводим последний абзац из предисловия к первому изданию книги, поскольку всем нам стоит помнить о том, что в нем говорится:

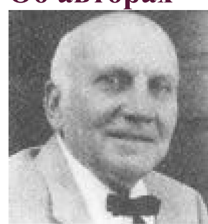
"Сексуальность - предмет сугубо личный, и мы надеемся, что данная книга отражает нашу точку зрения, согласно которой каждый человек способен реализовать свою сексуальность так, как это присуще ему одному. В этой книге мы стремились также выразить наше убеждение в том, что имеющиеся на сегодня знания могут оказаться недолговечными по сравнению с масштабами исторического времени, а потому всем нам следует отказаться от слишком категоричных высказываний по проблемам секса".

Уильям Мастерс

Вирджиния Джонсон

Роберт Колодни

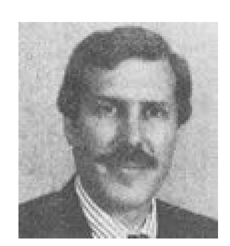
Об авторах



Уильям Г. Мастерс, доктор медицины, пользующийся международной известностью как один из первых сексотерапевтов и исследователей в области сексологии в нашем веке. Соавтор ряда книг - "Сексуальная реактивность человека" (Human Sexual Response, 1966), "Половая неадекватность человека" (Human Sexual Inadequacy, 1970), "Узы наслаждения" (The Pleasure Bond, 1975) и "Будущее гомосексуализма" (Homosexuality in Perspective, 1979), а также более чем 200 других публикаций. Д-р Мастерс приложил много усилий, чтобы легализовать изучение проблем пола. За выдающуюся научную деятельность ему присуждено свыше десятка наград от различных профессиональных организаций.



Вирджиния Э. Джонсон, почетный доктор философии, заслужила мировое признание за свой вклад в сексотерапию и изучение сексологии. Занимая пост директора Института Мастерса и Джонсон в Сент-Луисе, она руководит клинической, научно-исследовательской и педагогической работой этого многопрофильного учреждения, продолжая собственные научные исследования по сексуальным проблемам женщин и психологии полового поведения. Д-р Джонсон - соавтор 9 книг и сотен журнальных статей; за время выдающейся научной карьеры ей присуждено различными научными организациями более десяти премий.



Роберт К. Колодни, д-р медицины, является одним из директоров Института медицинских проблем в Нью-Канаане, шт. Коннектикут. Прежде он работал заместителем директора и одновременно возглавлял учебный отдел в Институте Мастерса и Джонсон, где продолжает оставаться консультантом. В 1983 г. ему была присуждена Национальная премия от Общества научного изучения секса. Д-р Колодни состоит членом многих профессиональных организаций; в настоящее время он входит в правление Американской федерации сторонников планирования семьи. До этой книги он уже написал в соавторстве с Мастерсом и Джонсон ряд книг, в том числе "Учебник сексуальной медицины" (Textbook of Sexual Medicine, 1979), "Этические проблемы сексотерапии и исследования секса" (Ethical Issues in Sex Therapy and Research, v. 1, 1977, и v. 2, 1980), "К вопросу о сексе и любви у человека" (On Sex and Human Loving, 1986) и "Кризис: гетеросексуальное поведение в эпоху СПИДа" (Crisis: Heterosexual Behavior in the Age of AIDS; 1988), а также - в соавторстве со своей женой - две книги о подростках.

ВВЕДЕНИЕ

Общий взгляд на проблему сексуальности











Сексуальные отношения - неотъемлемая часть жизни каждого из нас

Людям свойственны определенные сексуальные ощущения, установки и представления о сексуальности, но сексуальный опыт сугубо индивидуален, поскольку каждый из нас - неповторимая личность. Этот опыт основан на собственных переживаниях человека, но складывается он под влиянием социальной среды и общедоступной информации. Чтобы понять феномен сексуальности, необходимо представить себе ее многогранность.

Сексуальность привлекала к себе внимание людей во все времена. Сексуальная тематика широко отражена в изобразительном искусстве и в литературе. Религия, философия, т.е. все то, что формирует мораль и поведение человека, всегда стремились устанавливать некие рамки и запреты. В разные исторические периоды болезни человека, его творческие способности, агрессивность, эмоциональные расстройства, а также расцвет или упадок культуры "объясняли" слишком интенсивной или, наоборот, недостаточной сексуальной активностью, а также неординарностью сексуальных ориентации или идей.

Не забывая об индивидуальных, социальных и исторических источниках сексуальности, мы можем расширить и углубить понимание этой проблемы, рассматривая ее биологические, психосоциальные, поведенческие и культурные аспекты. Однако, изучая

сексуальность с этих позиций, мы на самом деле приобретаем знания о природе человека во всей ее сложности и многообразии.

.

Почему следует изучать сексуальность?

Существует множество разных причин, которые делают знания по сексологии необходимыми для любого человека; например студенты колледжей, посещающие соответствующие курсы, руководствуются отнюдь не академическими, а сугубо личными мотивами. Ведь осведомленность в вопросах секса, в отличие от знаний по физической химии или математическому анализу, может оказаться очень полезной в реальной жизни. Это не означает, что проблема сексуальности человека не представляет научной ценности (как раз наоборот); просто полученные в этой области знания можно использовать более непосредственно, чем сведения по другим наукам.

Информированный в вопросах секса человек может избежать многих проблем в собственной жизни и в сексуальном воспитании своих детей. Если же проблемы возникли (например, бесплодие, половое бессилие, венерические болезни, сексуальные домогательства), полученные в этой области знания помогут успешно справиться с ними. Осознание природы сексуальности делает человека более чутким и внимательным к другим людям, способствуя тем самым укреплению интимных отношений и достижению более полного сексуального удовлетворения.

В наши дни появилась еще одна особенно веская причина, делающая знания по сексологии просто необходимыми. В эпоху эпидемии ВИЧ (сокращенное название вируса иммунодефицита человека, вызывающего СПИД) ответственный выбор сексуальных партнеров буквально спасает человеку жизнь. Кроме того, теперь стало ясно, что если не будет найден способ лечения СПИДа, то в ближайшие годы жизнь каждого из нас будет в той или иной степени затронута трагедиями, связанными с эпидемией ВИЧ/СПИД; обладая же точной информацией по проблемам секса, мы станем более терпимыми и будем лучше представлять себе, какое бремя накладывает это заболевание на наше общество, да и на весь мир.

К сожалению, сами по себе знания не делают человека счастливым. Нет никаких гарантий, что внимательное изучение этой книги поможет найти (или удержать) любимого человека. Мы просто считаем, что объективные сведения о сексуальности людей дадут возможность нашим читателям разбираться во множестве проблем, как сугубо личных, так и социальных или моральных, и тем самым глубже познать самих себя и других людей. Мы полагаем также, что сексуальная грамотность может привести к разумному и ответственному сексуальному поведению людей по отношению друг к другу и поможет им принимать важные решения в этой области. Короче говоря, сексуальная образованность - бесценная подготовка к жизни.

Различные аспекты сексуальности. Некоторые определения

Для каждого человека смысл, вкладываемый в слово "сексуальный", кажется очевидным. Прежде всего оно означает нечто "неприличное", то, о чем не принято говорить в обществе (Freud, 1943).

"И для жителей островов южных морей, и для нас секс - это не просто некий физиологический акт; он подразумевает любовь и любовные ласки; он составляет ядро таких освященных временем институтов, как брак и семья; он наполняет собой искусство, наделяя его очарованием и волшебством. В сущности он властвует над всеми областями культуры. Секс в самом широком понимании этого слова - социологический и культурный фактор, а не просто плотская связь двух индивидуумов" (Malinowsky, 1929).

"Фрэнси, проклятая потаскушка" - часто говорил я - "по блудливости ты недалеко ушла от кошки". "Но ведь я тебе нравлюсь, не правда ли? Мужики любят трахаться, женщины тоже. Вреда от этого нет, но и любить каждого, с кем мы это проделываем, необязательно, не так ли?" (Miller, 1961).

Что такое сексуальность? Как показывают приведенные цитаты, простого ответа на этот вопрос дать нельзя. Фрейд считал секс мощной психической и биологической силой, тогда как Малиновский подчеркивает его социологические и культурные аспекты. Генри Миллер рисовал в своих романах откровенные картины секса, с тем чтобы философски осмыслить самую сущность человека. В повседневной жизни слово "секс" в последнее время стали использовать для обозначения полового акта ("заниматься сексом"). Слово "сексуальность" обычно понимают шире, так как оно относится ко всему, связанному с сексом. Сексуальность - это одна из граней данного человека, а не только его способность к эротической реакции.

К сожалению, наш язык ограничивает возможности обсуждения секса в разговорах между людьми. Проводя различие между сексуальными действиями (такими, как мастурбация, поцелуи или половое сношение) и сексуальным поведением (в которое входит не только половой акт как таковой, но также флирт, определенный стиль одежды, чтение "Плейбоя" и свидания), мы лишь слегка прикоснулись к проблеме сексуальности. Описывая различные виды секса как прокреативный (имеющий целью деторождение), рекреативный (с единственной целью - получить удовольствие) и релятивный ("любовь-дружба", возможность общения с близким человеком), мы убеждаемся, что выделенных нами категорий слишком мало. И хотя в данной главе мы не можем дать исчерпывающего ответа на вопрос: "Что такое сексуальность?", мы рассмотрим различные аспекты сексуальности, о которых будет идти речь в этой книге.

Реальная ситуация

Дэвид и Линн сидели перед кабинетом сексопатолога, волнуясь в ожидании приема. Несмотря на испытываемое ими смущение, Дэвид и Линн твердо решили найти выход из сексуальных проблем, омрачавших их взаимоотношения в течение трех последних месяцев. Они жили вместе уже два года и намеревались пожениться по окончании колледжа, однако чувство неудовлетворенности, вошедшее в их жизнь, внесло сомнения в реальность этих планов.

Войдя в кабинет врача, они без обиняков изложили свои проблемы. Они познакомились три года назад, когда им было по 18 лет, на первом курсе. Роман завязался на почве общности интересов и легко перешел в интимную половую связь. И для Дэвида, и для Линн это была не первая любовная связь; они испытывали сильное половое влечение друг к другу. Их первое любовное свидание было страстным и чувственным. Связь крепла и доставляла им огромное удовольствие. Естественным результатом этих чувств стала совместная жизнь, приносившая им радость - вплоть до последнего времени.

Неудача впервые постигла их во время рождественских каникул, когда они поехали в Бостон к родителям Линн. Дэвид расстроился, потому что им с Линн отвели отдельные спальни. Линн была огорчена явно холодным приемом, который ее родители оказали Дэвиду. Единственный раз, когда им удалось остаться наедине (в воскресное утро, пока родители Линн были в церкви), их ласки были поспешными и как бы механическими. Они с облегчением вернулись в Нью-Йорк и встретили новый год с друзьями.

Сексуальные отношения - неотъемлемая часть жизни каждого из нас.

Вечеринка, во время которой было очень много шампанского, продолжалась до 4 часов утра. Вернувшись к себе, Дэвид и Линн намеревались заняться любовью, но Дэвиду не удалось добиться эрекции. Они посмеялись над этим и заснули, довольные, что они "дома".

На следующее утро у Дэвида было ужасное похмелье. Он принял несколько таблеток аспирина, наспех позавтракал и предложил Линн отправиться в спальню. Она не возражала, хотя ей не очень хотелось этого, поскольку и ее тоже немного мучило похмелье. Дэвиду и на этот раз не удалось достигнуть эрекции. Линн отнеслась к этому с пониманием, но Дэвид весь день очень сильно переживал свою сексуальную неудачу. Решив, что ему необходимо отдохнуть и успокоиться, прежде чем предпринимать новые попытки, он в этот вечер лег спать.

Проснувшись утром, он почувствовал себя бодрым и немедленно повернулся к Линн, чтобы обнять ее.

Несмотря на хорошее самочувствие, эрекция у Дэвида была лишь частичной, но и она исчезла при попытке совершить половой акт. С этого времени Дэвид постоянно испытывал те или иные затруднения с эрекцией, а Линн, которая вначале пыталась помочь ему, становилась все более озабоченной. В их взаимоотношениях, в прошлом непринужденных и приятных, стали проявляться раздражение и резкость. Они поговаривали о том, чтобы разойтись, но полагали, что все еще любят друг друга и могли бы с некоторой помощью со стороны специалиста - справиться с этой проблемой.

На этом примере, выбранном из нашей картотеки, мы хотим рассмотреть различные аспекты сексуальности, которые более подробно разбираются в дальнейших главах книги. Ситуация, возникшая в жизни Дэвида и Линн, дает нам возможность показать важность различных аспектов сексуальности, взаимодействующих в жизни каждого из нас.

Биологический аспект

Затруднения с эрекцией впервые возникли у Дэвида после того, как он выпил много шампанского. Это не должно вызывать удивления, так как алкоголь оказывает угнетающее действие на нервную систему. Поскольку нервная система в норме передает физические ощущения в головной мозг и активизирует некоторые сексуальные рефлексы, слишком большая доза алкоголя может блокировать сексуальную реакцию у любого человека.

Однако биологический аспект сексуальности гораздо обширнее. Биологические факторы в значительной мере контролируют половое развитие от момента зачатия до рождения ребенка, а по достижении половой зрелости - способность к размножению. Кроме того, эти факторы оказывают влияние на сексуальное влечение, сексуальную активность и (косвенным образом) на сексуальное удовлетворение. Предполагают даже, что

биологические факторы определяют некоторые половые различия в поведении, например большую агрессивность мужчин по сравнению с женщинами (Olweus et al., 1980; Reinisch, 1981). Асексуальное возбуждение, независимо от его причины, вызывает биологические последствия: учащение пульса, реакцию половых органов и ощущения тепла и трепета, распространяющиеся по всему телу.

Психологический аспект

Дэвид и Линн отнеслись к возникшей ситуации по-разному. Дэвид волновался, не мог думать ни о чем другом, потерял уверенность в себе, тогда как Линн, которая вначале проявляла понимание и участие и старалась поддержать его, становилась все более раздражительной и отчужденной. Было ясно, что характер их взаимоотношений изменился под влиянием стресса, создаваемого сексуальной проблемой. Они даже начали сомневаться в своих чувствах друг к другу и в том, нужно ли им заключать брак, хотя при поездке к родителям Линн оба были убеждены в этом.

Этот случай иллюстрирует психологический аспект сексуальности, но при этом к чисто психологическим факторам (эмоции, мысли, индивидуальность восприятия) добавляются социальные (характер взаимодействия между людьми). Озабоченность Дэвида своим первым сексуальным "провалом" повлекла за собой цепь неудач, несмотря на то, что первоначальная биологическая "причина" - слишком большая доза спиртного - уже отсутствовала. Охватившая его паника заставляла предпринимать все новые попытки заняться сексом, но результаты оказались прямо противоположными тем, которых желали они с Линн.

Психологический аспект присущ любой сексуальной проблеме, но в становлении половой самоидентификации человека в процессе развития именно этот аспект играет главенствующую роль. Осознание ребенком своей принадлежности к мужскому или женскому полу формируется главным образом под влиянием психосоциальных факторов. Сложившиеся в раннем детстве представления данного индивидуума о его половой роли (как правило, они сохраняются после того, как он станет взрослым) в значительной степени основаны на том, что ему внушают родители, сверстники и учителя. Помимо психологического аспекта, сексуальность имеет ярко выраженный социальный аспект, поскольку половые отношения между людьми регулируются с помощью законов, запретов, а также общественного мнения, убеждающего нас в необходимости следовать в нашем сексуальном поведении принятым нормам.

Поведенческий аспект

Побеседовав с Дэвидом и Линн по отдельности, мы выяснили, что за три месяца, прошедшие со времени их первой сексуальной неудачи, отношения между ними сильно изменились. Частота попыток к сексуальной близости резко упала, тогда как прежде они занимались сексом 4-5 раз в неделю. Дэвид стал нередко прибегать к мастурбации (чего он не делал уже несколько лет), так как оказалось, что таким путем он легко добивается эрекции. Что касается Линн, то она мастурбировала только один раз, поскольку ей казалось, что она совершает что-то дурное. Линн избегала также проявлений нежности по отношению к Дэвиду, опасаясь, что это могло бы оказать на него дополнительное давление.

Описанные подробности взаимоотношений Дэвида и Линн отражают поведенческий аспект сексуальности. И хотя сексуальное поведение человека определяется

биологическими и психологическими факторами, изучение поведенческого аспекта сексуальности представляет самостоятельный интерес. Исследуя его, мы не только узнаем, что делают люди, но и лучше понимаем, как и почему они это делают. Например, Дэвид прибегал к мастурбации для того, чтобы укрепить уверенность в себе, чтобы доказать самому себе, что у него сохранилась способность к эрекции. Линн старалась избегать физической близости с наилучшими намерениями, однако Дэвид мог при этом решить, что она его отвергает.

При обсуждении этой темы не следует судить о поведении других людей на основании собственных критериев и собственного опыта. Слишком часто люди склонны, рассуждая о сексуальности, делить все ее проявления на "нормальные" и "аномальные". "Нормальным" мы часто считаем то, что делаем сами, и то, что нам нравится, тогда как "аномально" в наших глазах все то, что делают другие и что представляется нам "не тем" или странным. Попытки судить о том, что нормально для других людей - задача не только неблагодарная, но, как правило, обреченная на провал, потому что нашу объективность подавляют собственные принципы и имеющийся опыт.

Клинический аспект

Дэвид и Линн прошли двухнедельный курс сексуальной терапии и разрешили все свои проблемы. Они не только стали получать от близости такое же удовольствие, как прежде, но и чувствовали, что в результате терапии улучшились и другие стороны их взаимоотношений. Как сказала нам Линн: "То, что мы справились с сексуальной проблемой, было замечательно, но ведь кроме этого мы так много узнали о самих себе. Мы стали намного ближе, и чувства, связывающие нас, столь крепки, что мы сумеем преодолеть любые трудности, если они возникнут".

Несмотря на то, что половая активность - одна из естественных функций организма, существует много различных обстоятельств, способных ослабить удовольствие или непосредственность наших любовных свиданий. Такие физические проблемы, как болезнь, травма или наркотики, могут изменить характер наших сексуальных реакций или даже вовсе подавить их.

Чувства тревоги, вины, смущения или депрессия и конфликты в наших личных отношениях могут нарушить сексуальную активность. Поисками путей для решения этих и других проблем, препятствующих достижению сексуального здоровья и счастья, занимается сексотерапия.

Большие успехи достигнуты за два последних десятилетия в лечении самых разнообразных сексуальных расстройств. Ключевую роль в этом сыграли два момента: более глубокое понимание многогранности природы сексуальности и развитие новой науки - сексологии, - занимающейся изучением проблем пола. Врачи, психологи, медицинские сестры и другие специалисты, пройдя курс сексологии, могут использовать полученные знания в сочетании с уже имеющейся у них профессиональной подготовкой для оказания помощи многим своим пациентам.

Культурный аспект

Жизнь Дэвида и Линн, как и жизнь любого из нас, отражает особенности той культурной среды, которой мы принадлежим. Так, родители Линн не разрешали ей и Дэвиду спать в одной комнате, хотя знали, что молодые люди живут вместе. Другой пример - чувство

вины, которое испытывала Линн по поводу мастурбации, в значительной мере порождалось ее воспитанием. А тревога Дэвида, вызванная его сексуальными неудачами, была отчасти реакцией на широко распространенное среди американцев убеждение, что эрекция должна возникать, как только мужчина пришел на любовное свидание.

Принятое в нашем обществе отношение к сексу далеко не универсально. У некоторых народов особое расположение к гостю или другу выражают, предлагая ему свою жену (Voget, 1961). Известны племена (Ford, Beach, 1951), представителям которых неведомы поцелуи. Авторы так описывают свои впечатления: "Когда тонга впервые увидели целующихся европейцев, они стали смеяться, приговаривая: "Посмотрите на них, они поедают друг у друга слюну и остатки пищи". Эти странные обычаи могут отталкивать или забавлять нас, однако в то же время они помогают осознать, что наши взгляды разделяются далеко не всеми и не везде.

Половые отношения привлекают к себе повышенное внимание и являются темой многих дискуссий, однако возникающие в ходе споров разногласия часто зависят от времени, места и обстоятельств дискуссии. Оценки "морально" или "правильно" различны у разных народов и в разные века. Многие моральные принципы, относящиеся к сексу, связаны с определенными религиозными традициями, но у религии нет монопольного права на нравственность. Люди, не имеющие твердых религиозных убеждений, могут быть не менее нравственными, чем глубоко верующие люди. Не существует такой системы сексуальных ценностей, которая была бы верна для всех и каждого, и ни один моральный кодекс не может быть бесспорно правильным и применимым во всех случаях.

В США представления о сексуальном поведении, преобладавшие в первой половине XX века, за последние 25 лет значительно изменились. Если, например, прежде придавали очень большое значение тому, чтобы девушка до замужества сохраняла девственность, то теперь отношение к добрачным сексуальным связям стало прямо противоположным. В результате возраст, в котором начинается половая жизнь, снизился по сравнению с тем, что было 20-30 лет назад; все большее число подростков имеют половые связи и значительная доля будущих супругов живут вместе до вступления в брак. Другой иллюстрацией изменения нравов служит отношение к мастурбации как к безвредному приятному занятию, что резко отличается от прежних взглядов, согласно которым мастурбация - это признак моральной слабости и путь к умственной деградации.

За последние десятилетия важную роль в развитии нового отношения американцев к сексу и сексуальности сыграли три тенденции. Первая из них - освобождение от полоролевых стереотипов. Каждый человек ощущает себя существом того или иного пола (половая самоиндентификация); то, как он проявляет себя в этом качестве, принято называть половой ролью (Money, Ehrardt, 1972). Традиционно женщин и девушек было принято считать пассивными в сексуальном отношении, а мужчинам отводилась роль сексуальных агрессоров. В соответствии с существовавшим стереотипом именно мужчина должен выступать инициатором сексуальных отношений, а на женщину, которая вела себя активно или не скрывала получаемого от плотской любви удовольствия, смотрели косо. Для многих людей эти взгляды сменились в настоящее время представлениями о равноправии сексуальных партнеров. Вторая тенденция - большая открытость в вопросах секса. Это изменение затронуло все средства массовой информации - от телевидения и кино до печатного слова. В результате на секс перестали смотреть как на что-то постыдное и таинственное. Третья тенденция - распространение отношения к сексу как к способу получить удовольствие и снять напряжение. Преобладание релятивного и рекреативного секса за последние 25 лет частично обусловлено усовершенствованием противозачаточных средств и тревогой о перенаселенности планеты.

Было бы ошибкой считать, что социокультурные взгляды могут долго оставаться неизменными. Судя по некоторым признакам, тревога, вызванная повышением частоты венерических заболеваний, в сочетании с усиливающейся тенденций к политическому и религиозному консерватизму, могут в ближайшее время привести к откату от сексуальной вседозволенности 60-70-х годов. В сущности многие наблюдатели полагают, что так называемая сексуальная революция уже закончилась, что мы стоим на пороге новой эры, когда чувство долга и верность в интимных отношениях возьмут верх над сиюминутным наслаждением и сексуальной вседозволенностью. Однако, поскольку культурные тенденции отличаются своим непостоянством, нельзя с уверенностью предсказывать, как пойдет развитие в этом новом направлении.

СПЕЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Случай с писательницей

Двадцатидевятилетняя женщина, два года назад завоевавшая своим первым искусно написанным романом громкое признание, обратилась к психотерапевту по поводу утраты способности писать: свой второй роман она должна была закончить шесть месяцев назад, а между тем уже почти год ей лишь в редкие дни удавалось написать больше нескольких абзацев; часто она сидела и беспомощно разглядывала с трудом выведенные строчки, будучи не в силах сосредоточиться.

Вскоре после возникновения такой проблемы в творчестве у нее возникли трудности в сексуальных отношениях с мужем, хотя прежде она легко возбуждалась и доходила до оргазма. Постепенно у нее стало пропадать желание заниматься сексом, и главной причиной этого она считала напряженность, создаваемую ее творческими неурядицами. У нее началась также бессонница, из-за которой она весь день чувствовала себя усталой. Иногда все это доводило ее до такого отчаяния, что она заливалась слезами.

Когда после нескольких месяцев психотерапии она по-прежнему не могла писать, ее врач посоветовал ей и ее мужу обратиться к специалисту по сексотерапии, считая, что если ей удастся справиться с сексуальными проблемами, то это поможет ей вновь начать писать.

При первых же разговорах с больной сексотерапевт заподозрил, что женщина страдает клинической депрессией. Дальнейший опрос выявил, что она время от времени думала о самоубийстве, а за последние полгода потеряла более 5 кг. Кроме того, ее мать, а также тетка с материнской стороны страдали депрессией.

После нескольких недель приема антидепрессантов женщина стала замечать, что способна сосредоточиться на своем романе и к ней вернулся хороший сон. А вскоре возобновился и интерес к сексу, и она стала вновь испытывать оргазм.

Комментарий. Как показывает этот пример, не все сексуальные проблемы требуют сексотерапии. В данном случае главной психологической проблемой была утрата творческих способностей, хотя именно это обстоятельство помешало первому психотерапевту поставить правильный диагноз. Депрессия очень часто сопровождается расстройствами сексуальной сферы; по счастью с этими расстройствами обычно бывает легко справиться при правильном лечении самой депрессии.

Сексуальность сквозь призму истории

Главное препятствие на пути к пониманию нашей собственной сексуальности состоит в том, что мы находимся в плену старых представлений (Bullough, 1976).

Чтобы разобраться в настоящем, полезно изучать прошлое. Некоторые взгляды на секс и сексуальность передаются из поколения в поколение неизменными, однако многие современные представления резко отличаются от прежних.

Древние времена

Хотя мы располагаем письменными историческими памятниками, возраст которых достигает почти 5000 лет, информации о сексуальном поведении и отношении к сексу в разных обществах ранее первого тысячелетия до Р.Х. в них очень мало. Из имеющихся данных явствует, что уже в те времена существовал четкий запрет на браки между близкими родственниками (Tannahill, 1980), а женщина считалась собственностью, используемой для удовлетворения сексуальных потребностей и для продолжения рода (Bullough, 1976). Мужчины могли иметь много женщин, проституция была широко распространена, и секс воспринимался как неотъемлемый атрибут жизни.

С возникновением иудаизма стала проявляться интересная неоднозначность в отношении к сексу. В первых пяти книгах Ветхого завета содержатся правила сексуального поведения: адюльтер запрещен (об этом гласит одна из Десяти заповедей), а гомосексуализм строго осуждается (Левит 18:20, Левит 21:13). В то же время секс признается созидательной и доставляющей наслаждение силой, как это описано в Песни песней. Таким образом, секс не считался безусловным злом и его роль не ограничивалась одним лишь воспроизведением.

В отличие от этого в древней Греции к некоторым формам мужской гомосексуальности относились не только терпимо, но и восторженно. Сексуальные отношения между взрослым мужчиной и мальчиком, достигшим половой зрелости, были широко распространены и обычно сопровождались заботой старшего о нравственном и интеллектуальном развитии юноши (Bullough, 1976; Karlen, 1980; Tannahill, 1980). Если, однако, эти отношения ограничивались только сексом, они не одобрялись, так же как и гомосексуальная связь между взрослыми мужчинами. А гомосексуальные контакты между взрослыми мужчинами и мальчиками, не достигшими половой зрелости, были запрещены законом. Браку и семье придавалось большое значение, но в то же время женщины были гражданами второго сорта, если их вообще можно было считать гражданами: "В Афинах женщины имели не больше политических прав, чем рабы; на протяжении всей своей жизни они находились в полном подчинении у ближайшего родственника мужского пола... Как и во всех других местах в первом тысячелетии до Р.Х., женщины составляли часть личного движимого имущества, хотя некоторые из них были незаурядными личностями. Для древних греков женщина (независимо от возраста и семейного положения) - это всего лишь "гина", т.е. производительница детей (Tannahill, 1980).

На заре христианства отношение к сексуальности представляло собой смешение принятого у греков и у евреев. В отличие от иудаизма, который не отделял физическую любовь от духовной, христианское учение заимствовало у греков разграничение между "эросом", или плотской любовью, и "агапе", - духовной, нетелесной любовью (Gordis, 1977). Баллох (Ballough, 1976) пишет, что эпоха эллинизма в Греции (начавшаяся в 323 г. до Р.Х.) была отмечена отрицанием плотских удовольствий в пользу развития духовности. Это вместе с описанным в Новом завете неизбежным концом света заставило христианскую религию превозносить безбрачие, несмотря на то, что св. Павел писал:

"хотя хорошо человеку не касаться женщины... лучше вступить в брак, чем разжигаться" (Первое послание к коринфянам, 7:1-9).

К концу IV в. нашей эры, несмотря на существование небольших групп христиан, придерживавшихся менее жестких взглядов на сексуальность, отношение к ней церкви в целом было явно негативным, что ярко отразилось в писаниях одного из отцов церкви Блаженного Августина, который, прежде чем отрешиться от мирских утех, предавался разнообразным страстям. В "Исповеди" Августин обличал себя в резких словах: "Я загрязнил реку дружбы мерзостью распутства и замутил ее прозрачные воды адской черной рекой вожделения" (Исповеди, Книга III:I). Он считал, что вожделение - это результат грехопадения Адама и Евы в райском саду, которое отторгнуло людей от Бога. Таким образом, сексуальность была резко осуждена во всех ее формах, хотя Августин и его современники, вероятно, ощущали, что супружеский прокреативный секс - меньшее зло, чем все другие.



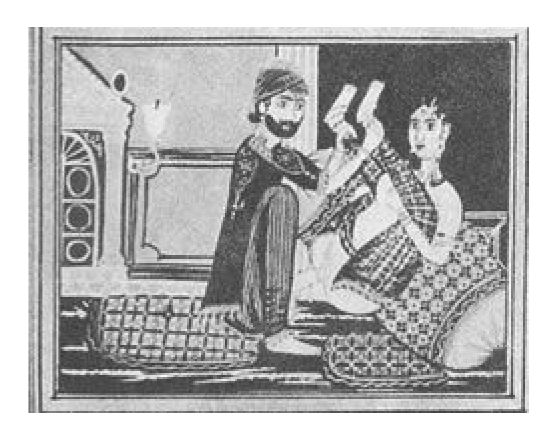
Сексуальная тема присутствовала в изобразительном искусстве с древних времен. Интересными примерами служат эта древнеримская лампа, с помощью которой отгоняли злых духов, и греческое блюдо с изображением эротической сцены.

Древний Восток

В других частях земного шара представления о сексе сильно отличались от только что описанных. Значительно более позитивным было отношение к сексу у последователей ислама, индуизма и на Древнем востоке. Как пишет Баллох, "почти все, относящееся к сексу, находило одобрение в каком-либо из слоев индийского общества", и в Китае "секс не считался чем-то ужасным или порочным; напротив, на половой акт смотрели как на акт поклонения" и даже считали путем к бессмертию (Bullough, 1976). Примерно в то самое время, когда Августин писал свою "Исповедь", была создана Камасутра - подробное индийское руководство по сексу; аналогичные книги были в Китае и Японии. В них прославлялись сексуальные наслаждения и их разнообразие. Такие различия в отношении к сексу продолжают существовать и в наше время. В данной главе мы рассмотрим историю секса в западном мире; другие культуры обсуждаются в последующих главах.



Древнеиндийская Камасутра - один из самых известных трактатов об искусстве любви, сохранившийся до наших дней.



Искусство Востока издавна отличалось откровенным изображением эротических сцен, как можно видеть на этой картине XVIII в.

Средние века и эпоха Возрождения

На протяжении XII и XIII вв., по мере того как церковь приобретала все большее влияние, в Европе укреплялось отношение к сексуальности, характерное для раннего христианства. Богословие нередко становилось синонимом общего права, и "официальное" отношение к сексу (за исключением секса в прокреативных целях) было, в сущности, направлено на его угнетение. Однако сама церковь, проповедуя воздержание, вела себя совершенно иначе: "божьи дома нередко бывали рассадниками разврата" (Taylor, 1954).

В этот период среди высших классов стали возникать новые обычаи, которые привели к резкому разделению между реальной жизнью и религиозными учениями. Эти обычаи, называемые "куртуазной любовью", создали новый стиль поведения, при котором женщины (во всяком случае высокопоставленные женщины) возносились на пьедестал, а в песнях, стихах и книгах воспевались романтизм, таинственность и доблесть (Tannahill, 1988). Чистая любовь считалась несовместимой с чувственным наслаждением; иногда влюбленные подвергали эту концепцию проверке, укладываясь вместе в постель обнаженными, с тем чтобы, удержавшись от половой близости, доказать полноту своей любви. Излишне говорить, что куртуазная любовь не всегда оставалась такой романтической и возвышенной, как это воспевалось в стихах и прозе.

Почти в самом начале эры куртуазной любви появились пояса целомудрия. С помощью этих поясов мужья запирали на замок своих жен, подобно тому, как держали под замком свои деньги; возможно, что первоначально пояса целомудрия были придуманы для того,

чтобы предотвращать изнасилования, однако в то же время они служили для охраны "собственности".

Средневековые пояса целомудрия обычно изготовляли из металла, они покрывали промежность женщины, доходя до спины и живота. Два отверстия давали возможность отправлять естественные нужды, но совершенно исключали половой акт. На бедрах пояс запирался на ключ, который ревнивый супруг держал при себе (Tannahill, 1980).

Возрождение гуманизма и изобразительного искусства в Европе в XVI и XVII вв. сопровождалось некоторым ослаблением сексуальных ограничений, а также меньшей приверженностью к догмам куртуазной любви. Протестантская церковь, во главе которой стояли Мартин Лютер, Джон Кальвин и другие, в общем относилась к сексуальным проблемам более терпимо, чем католическая церковь. Например, Лютер, хотя его отношение к сексу едва ли можно назвать либеральным, полагал, что секс нельзя считать греховным по самой его сути, так же как целомудрие и безбрачие сами по себе не служат признаками добродетели. В то время в Европе разразилась массовая эпидемия сифилиса, возможно завезенного из Америки, что, вероятно, несколько ограничивало сексуальную свободу.

Восемнадцатый и девятнадцатый века

Когда мы обсуждаем обычаи, существовавшие в ту или иную историческую эпоху, необходимо помнить, что они различались в разных странах, в разных слоях общества или религиозных группах. Можно привести данные, свидетельствующие о довольно терпимом отношении к сексу в Англии и Франции в 1700-е годы (Bullough, 1976), однако в колониальной Америке в это время царила пуританская этика. Внебрачный секс осуждался, а сплоченность семьи превозносилась; виновных в добрачном сексе наказывали плетьми, ставили к позорному столбу, сажали в колодки или заставляли публично каяться. Некоторым читателям, возможно, знакома книга Натаниэля Хоторна "Алый знак доблести", в которой описано отношение к сексу в колониальную эпоху.

В Америке пуританская мораль захватила и XIX век, хотя там в этот период во взглядах на сексуальные проблемы наметился раскол. По мере того как расширялись границы американских штатов, а большие города становились все более космополитическими, представления о сексуальной свободе находили все больше приверженцев. В ответ на подобный поворот событий в 1820-1830-х годах в американском обществе сформировалось движение по борьбе с проституцией и спасению "падших женщин", занимавшихся этим ремеслом (Pivar, 1973). Несмотря на организованное сопротивление Общества по борьбе с распущенностью и пороком и Общества последователей седьмой заповеди, проституция процветала. В начале 1840-х годов правительство возбудило дела против 351 публичного дома в одном только штате Массачусетс, а к началу Гражданской войны путеводитель по наиболее шикарным публичным домам в больших городах содержал описание 106 заведений в Нью-Йорке, 57 в Филадельфии и десятков других в Балтиморе, Бостоне, Чикаго и Вашингтоне (Pivar, 1973).

К середине XIX века, с началом Викторианской эпохи, в Европе наметился возврат к показной стыдливости и сдержанности, однако на сей раз это было меньше связано с религиозными установками. Общей тенденцией в эту эпоху было подавление сексуальности и сильное стремление к скромности; это было необходимо ввиду превозносимой чистоты и невинности женщин и детей. Как пишет Тэйлор, "такой тонкости достигала чувствительность викторианцев, так легко обращались их мысли к сексу, что самые невинные действия попадали под запрет, если казалось, что они могут

вызвать в воображении соблазнительные образы. Стало считаться неучтивым предложить даме ножку цыпленка." Этот консерватизм распространялся и на одежду, не оставлявшую открытой даже шею и не позволявшую даже мельком увидеть лодыжку (Taylor, 1954). Сегодня ханжество того времени кажется нам невероятным: в некоторых домах на ножки рояля надевали кринолины, а книги авторов противоположного пола ставили на полках рядом лишь в том случае, если это были муж и жена (Sussman, 1976).

В Америке, несмотря на сильное влияние викторианства, различные течения периодически потрясали моральные устои. Так, в 1870 г. городской совет Сент-Луиса нашел в законах штата лазейку, позволившую легализовать проституцию, что вызвало бурю возмущения по всей стране. Вновь были сформированы общества по борьбе с сексуальной распущенностью, нашедшие союзников среди борцов с употреблением алкоголя. В 1886 г. в 25 штатах было признано считать совершеннолетними достигших десятилетнего возраста (что способствовало расцвету детской проституции), однако к 1895 г. благодаря сопротивлению общественности такой ранний срок сохранился лишь в 5 штатах, а в 8 штатах возраст совершеннолетия был поднят до 18 лет.

Хотя в целом в Викторианскую эпоху отношение к сексу было отрицательным, именно эта эпоха ознаменовалась появлением сексуального "андерграунда" - широким распространением порнографической литературы и рисунков (Marcus, 1967). Проституция была в Европе обычным явлением; в 60-х гг. XIX века Британский парламент издал закон, легализовавший и регулировавший проституцию. Кроме того, викторианская фальшивая стыдливость в сексуальном поведении и отношении к сексу распространялась не на все слои общества (Gay, 1983). Средний и низший классы не прибегали к притворству, как это было принято в высших кругах. Крайняя нищета заставляла многих молодых женщин из низшего сословия заниматься проституцией, а представительницы среднего класса - вопреки идеалу покорной и бесполой викторианской леди - не только испытывали сексуальные чувства и желания, но и вели себя в этом плане во многом так же, как современные женщины. В Викторианскую эпоху женщины жили половой жизнью (и испытывали при этом наслаждение) со своими законными мужьями, а иногда даже заводили страстные романы, о чем можно судить по многочисленным дошедшим до нас дневникам, в которых они подробно описывали количество и качество своих оргазмов (Gay, 1983). Так, недавно был обнаружен обзор по сексуальному поведению женщин, написанный в 1892 г. дамой по имени Клелия Дьюэл Мошер и содержащий дополнительные сведения в пользу того, что было бы неверно считать Викторианскую эпоху совершенно антисексуальной. Интересную точку зрения на сексуальность женщин в эту эпоху высказали также Халлер и Халлер (Haller, Haller, 1977).

Совершенно очевидно, что в Викторианскую эпоху многие женщины страдали от репрессивного отношения к сексу, однако при более близком знакомстве с этой проблемой создается впечатление, что те женщины, которые способствовали возникновению представлений о ханжестве, на самом деле весьма близки к сегодняшним феминисткам. Женщины Викторианской эпохи старались обрести своеобразную сексуальную свободу, отрицая свою сексуальность...в попытке избежать отношения к себе как к предмету, предназначенному для получения сексуального наслаждения. Их притворная стыдливость была маской, под которой удобно было скрывать "радикальные" усилия обрести свободу личности.

Наука и медицина полностью отражали антисексуализм этой эпохи. Мастурбацию клеймили так и сяк, обвиняя ее в том, что она наносит вред головному мозгу и нервной системе и служит причиной безумия и самых разнообразных других болезней (Bullough, Bullough, 1977; Haller, Haller, 1977; Tannahill, 1980). Считалось, что женщины мало или

совсем несексуальны, и их как физически, так и интеллектуально следует ставить ниже мужчин. В 1878 г. престижный British Medical Journal опубликовал письма врачей, утверждавших, что мясо, к которому прикоснулась женщина в менструальном периоде, непригодно в пищу. Даже такой выдающийся ученый, как отец эволюционной теории Чарлз Дарвин в свой книге "Происхождение человека и половой отбор" (1871) писал, что "Мужчина храбрее, драчливее и энергичнее женщины и обладает более изобретательным умом" и что "по своим умственным способностям мужчина, очевидно, превосходит женщину".

В конце XIX века немецкий психиатр Рихард фон Крафт-Эбинг создал подробную классификацию половых расстройств. В его книге "Сексуальная психопатия" (Psychopathia Sexualis, 1886), выдержавшей 12 изданий, эта проблема рассмотрена глубоко и всесторонне. Взгляды Крафта-Эбинга оставались доминирующими на протяжении более, чем 75 лет (Brecher, 1975). Его влияние имело как положительные, так и отрицательные аспекты: с одной стороны, Крафт-Эбинг настаивал на сочувственном отношении медиков к так называемым половым извращениям и на пересмотре законов, касающихся преступлений на сексуальной почве, а с другой - в его книге секс, преступление и насилие были как бы свалены в одну кучу. Он уделял много внимания тем аспектам сексуальности, которые он считал аномальными: садомазохизму (половое удовлетворение, получаемое в результате причинения боли своему партнеру, или боли, причиняемой себе), гомосексуализму, фетишизму (половое удовлетворение, получаемое от предметов, связанных с определенным человеком, а не от него самого) и скотоложеству (половые контакты с животными). Крафт-Эбинг очень часто прибегал к мрачным примерам (убийства на сексуальной почве, каннибализм, труположество и другие), которые он описывал на тех же страницах, что и менее устрашающие половые извращения, а поэтому у многих читателей его книги возникало отвращение почти ко всем формам сексуального поведения. Тем не менее Крафт-Эбинга часто называют основателем современной сексологии.

Двадцатый век

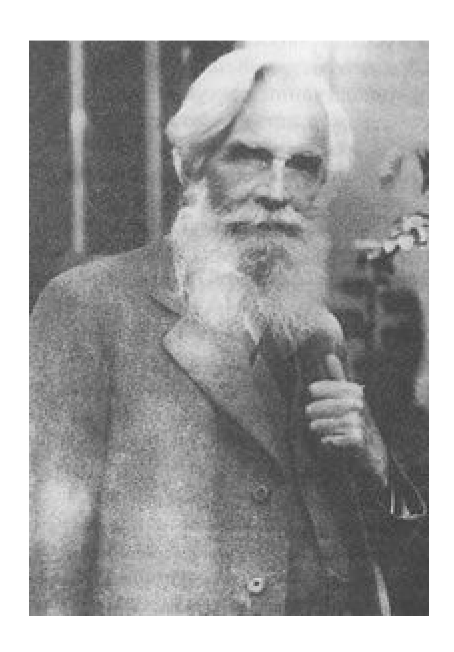
К началу XX в. изучение сексуальности стали проводить более объективными методами. Хотя в определенных слоях общества все еще сохранились викторианские представления, исследования таких серьезных ученых, как Альберт Молл, Магнус Гиршфельд, Иван Блох и Хавелок Эллис, в сочетании с динамичными идеями Фрейда положили начало резкому повороту в отношении к сексу.

ФРЕЙД

Зигмунд Фрейд (1856-1939) более успешно, чем кто-либо до или после него, продемонстрировал центральную роль сексуальности в жизни людей. Гениальные открытия Фрейда - результат не только его собственных наблюдений, но и его способности обобщать и формулировать идеи других исследователей (Sulloway, 1979). По мнению Фрейда, сексуальность является главной силой, мотивирующей все поведение человека, и основной причиной всех форм невроза - заболевания, наиболее ярким проявлением которого служат чувство тревоги и нарушение психической адаптации при сохранении адекватного восприятия реальности. Разрабатывая идеи, высказывавшиеся другими сексологами в период между 1880 и 1905 гг. (Kern 1973; Sulloway, 1979), он доказал наличие сексуальности у младенцев и детей и сформулировал подробную теорию психосексуального развития человека (см. гл. 8).

Фрейд создал много новых концепций, связанных с сексуальностью. Наиболее известная из них - эдипов комплекс - постулирует неизбежное сексуальное влечение маленького мальчика к своей матери, которое сопровождается смесью таких противоречивых чувств, как любовь, ненависть, страх и соперничество, испытываемых ребенком к своему отцу. Фрейд полагал также, что мальчики озабочены возможностью утраты пениса как некой ужасной формы возмездия (страх кастрации), а девочки ощущают некую неполноценность и зависть из-за отсутствия у них пениса (желание пениса). По мнению Фрейда, этот конфликт существует главным образом на уровне подсознания, т.е. на уровне, более глубоком, чем осознанное восприятие окружающего. На этой богатейшей теоретической основе Фрейд создал клинический метод, названный психоанализом; с помощью своего метода он исследовал и лечил конфликты, возникающие на уровне подсознания и ведущие к возникновению психологических проблем. Несмотря на то, что многие современные сексологи не согласны с концепциями Фрейда, о чем мы подробно расскажем в последующих главах, психоанализ до сих пор широко используется для лечения больных.

ЭЛЛИС



Хэвлок Эллис благодаря своим многочисленным трудам стал одним из самых авторитетных среди первых сексологов.

Примерно в эти же годы английский врач Хэвлок Эллис (1859-1939) опубликовал шеститомный труд под названием "Изучение психологии сексульности" (1897-1910). Эллис предвосхитил многое из того, о чем позднее писал Фрейд, анализируя детскую сексуальность. Например, он признавал широкое распространение мастурбации у обоих полов в любом возрасте, возражал против викторианских представлений о том, что "порядочные" женщины не испытывают сексуальных желаний и подчеркивал психологические, а не физические причины многих сексуальных проблем. В его работах уделялось также внимание разнообразию сексуального поведения человека; они служили важным противовесом влиянию Крафт-Эбинга, считавшего сексуальные отклонения патологией (Brecher, 1969, 1975).

1929-1950-е годы

К концу первой мировой войны как в Европе, так и в Америке начались значительные изменения в обществе, все дальше уводившие его от установок Викторианской эпохи. Более широкая социальная и экономическая свобода, доступность автомобилей, расцвет джаза делали сексуальное поведение людей все менее сдержанным, причем это сопровождалось соответствующими изменениями в моде, танцах и литературе. Женщины активно участвовали в приближении сексуальной революции. Маргарет Сэнджер встала во главе движения за контроль над рождаемостью в США. Кэтрин Дейвис провела обследование сексуальной жизни 2200 женщин, результаты которого были опубликованы в 1922 и 1927 гг. в виде серии научных статей, а затем в виде отдельной книги (Davis, 1929). Англичанка Мэри Стопе (Slopes) написала откровенное руководство по супружеской жизни, которое имело большой успех по обе стороны Атлантики (Интересно отметить, что Стопе, уже имея докторскую степень и будучи квалифицированным научным работником, сама оказалась жертвой викторианского ханжества в вопросах секса. Спустя шесть месяцев после свадьбы с другим ученым, доктором Реджинальдом Кейтсом, она начала чувствовать, что чего-то важного в жизни лишена. Разобравшись в причинах собственного недовольства и убедившись в несостоятельности своего брака, доктор Стопе подала на развод, получила его, а впоследствии взялась за написание книги, чтобы помочь другим женщинам избежать подобных проблем (Hanson, 1977).). К 1926 г. гинеколог Теодор Ван де Вельде опубликовал свою книгу "Идеальный брак", в которой подробно описал широкий диапазон приемов, используемых в половых контактах, и признал допустимость орально-генитального секса; его книга сразу стала бестселлером во всем мире.

"Ревущие двадцатые" закончились крахом на бирже. В период последовавшей за этим Великой депрессии заботы о хлебе насущном отодвинули сексуальные проблемы на задний план.

Вступление Англии и США во вторую мировую войну, глубина и драматизм событий тех лет создали фон для полного изменения характера сексуальных отношений по обе стороны Атлантики. Женщины, которым пришлось работать и даже служить в армии, внезапно ощутили себя экономически свободными и независимыми, но эта свобода одновременно породила атмосферу хаоса поспешных браков, разводов, одиночества и страха. Пока мужья воевали за океаном, их жены заводили романы; в свою очередь мужчины, оказавшись вне дома, использовали любые возможности для сексуальных развлечений. Как писал один историк-социолог, "Жизни и моральным устоям многих миллионов людей была нанесена тяжкая эмоциональная травма, и в характерной для военного времени неустроенности многие социальные запреты утратили свою сдерживающую силу. Стремление извлечь все, что возможно, из настоящего, не размышляя о будущем, приводило к погоне за удовольствием и к неразборчивости в сексуальных связях" (Castello, 1985).

В послевоенное время началось вытеснение женщин из промышленных предприятий и учреждений и возвращение на их законное место, т.е. в дом. В этот период, характеризующийся высокой частотой разводов и существенными сдвигами в обществе, внезапно приобрел широкую известность еще один сексолог, которому суждено было оставить неизгладимый след в истории науки.

КИНЗИ



Исследования Альфреда Кинзи по проблемам секса отменены печатью безмерного энтузиазма, хотя отношение к его методам и полученным результатам было весьма неоднозначным.

Летом 1938 г. Альфред Кинзи (1894-1956), зоолог из университета шт. Индиана, был приглашен для чтения лекций о браке в местном колледже. Пораженный отсутствием данных о сексуальном поведении человека, он воспользовался своим статусом преподавателя и раздал студентам анкеты с целью собрать сведения об их сексуальной жизни. Впоследствии Кинзи пришел к выводу, что более надежный метод для сбора такого материала - личные беседы, поскольку они допускают большую гибкость и позволяют выяснить ряд подробностей. В конечном счете он провел интервью с тысячами мужчин и женщин по всей стране. Вместе со своими соавторами и коллегами Уорделлом Помероем и Клайдом Мартином Кинзи опубликовал 5 января 1948 г. монументальный труд "Сексуальное поведение мужчины", а спустя 5 лет, в соавторстве с Полом Джебхардом - "Сексуальное поведение женщины" (Kinsey et al., 1953).

В своих трудах Кинзи обобщил данные, полученные в ходе бесед с 12 000 мужчин и женщин из всех слоев общества: многие результаты оказались поразительными. Так, например, по его данным, 37% американских мужчин после достижения зрелости по крайней мере однажды участвовали в гомосексуальном половом акте, доведенном до оргазма; 40% мужчин изменяли своим женам, а 62% опрошенных женщин занимались мастурбацией.

Публикация "Сексуального поведения мужчины" сразу привлекла внимание широкой публики к работе Кинзи. К середине марта было продано свыше 100 тысяч экземпляров его книги, и в течение 27 нед она оставалась в списке бестселлеров.

Несмотря на то, что Кинзи и его коллеги ограничивались описанием сексуального поведения человека, не давая при этом никаких нравственных или медицинских оценок, их книга вызвала суровую критику в методологическом и моральном плане. Престижный журнал "Лайф" счел ее "атакой на семью как основную ячейку общества, отрицанием моральных принципов и прославлением распущенности" (Wickware, 1948). Маргарет Мид критиковала Кинзи за то, что он обращается с сексом "как с безликим бессмысленным актом" ("Нью-Йорк Тайме", 1 апреля 1948 г.), а один из профессоров Колумбийского университета утверждал, что "необходим закон, запрещающий проведение исследований, посвященных исключительно сексу" (там же). Однако все критики сходились во мнении, что Кинзи "сделал для секса то, что сделал Колумб для географии".

В целом первая книга Кинзи была принята положительно (Palmore, 1952), чего нельзя сказать о второй части его труда - "Сексуальное поведение женщины". Многие газеты осудили эту книгу в своих редакционных статьях и отказались печатать отзывы о ней в

колонках новостей. Так, газета "Тайме" (Нью-Филадельфия, Огайо) одобрила это решение, заявив: "Мы полагаем, что эта книга вызовет отвращение у значительной части наших читателей" (20 августа, 1953). Служители церкви и педагоги называли материалы Кинзи аморальными, направленными против семьи и даже имеющими коммунистическую окраску.

Кинзи скончался в 1956 г. ожесточенным и разочарованным, однако результаты его труда были в полной мере оценены впоследствии. Одна из заслуг этого ученого состоит в том, что вместе со своими коллегами он создал Институт сексуальных исследований при университете шт. Индиана, который продолжает оставаться крупным исследовательским центром и по сей день.

1950-е годы

После смерти Кинзи в США наступило время, для которого была характерна большая, чем прежде, сексуальная свобода. Добрачные половые связи стали обычным явлением, хотя возникали они главным образом между людьми, собиравшимися вступить в брак. В книгах (например, в нашумевшем в то время романе "Peyton Place") и в кинофильмах (по большей части импортировавшихся в США из-за океана) появились откровенные сексуальные сцены; сексуальные темы появились даже в музыке. Один обозреватель, пришедший в ужас от того, что ему приходится видеть и слышать, мрачно заметил, что "сексуализация" музыки делает ее "обнаженной, обольстительной... страстной и извращенной, а мычание исполнителей сопровождается вращением и изгибанием их тел в ритмах, сексуальный оттенок которых не вызывает никаких сомнений" (Sorokin, 1956).

Идеал женщины 50-х гг. - это очаровательное, но безмозглое создание - примерно то, что изображала в своих фильмах Мерилин Монро. Все помыслы такой женщины должны быть направлены на замужество и материнство. В январе 1950 г. "Харперс Магазин" заметил: "Если американская девушка носит обыкновенные очки, а не очки модной формы с цветными стеклами, то она может считать, что для нее все потеряно - ей никто не назначит свидания". А журнал Си (январь, 1950) серьезно советовал своим читательницам носить бюстгальтеры с прокладками, не посвящая в это своего будущего мужа до свадьбы".

Альберт Элис (A. Ellis, 1959) кратко подытожил преобладающие в те годы нравы следующим образом: "Главное правило, лежащее в основе нашего сексуального поведения, можно выразить с абсолютной и ужасающей ясностью в двух фразах: 1) если вы хотите заняться сексом, потому что вам это ПРИЯТНО, вы не должны этого делать; 2) если это ваш ДОЛГ, то выполнять его следует обязательно.

1960-е годы

В начале 1960-х гг. в США началась сексуальная революция, оказавшаяся самым заметным событием из всего того, что стране когда-либо довелось пережить. Среди причин сексуальной революции обычно называют следующие: 1) появление противозачаточных таблеток; 2) протест молодежи против существующего ханжества; 3) возрождение феминизма в современной форме; 4) большая открытость в обществе и большая сексуальная раскованность. Дать окончательную историческую оценку относительно значения каждого из этих факторов в приближении сексуальной революции невозможно, однако несомненно, что все они сыграли в этом важную роль.

Противозачаточные таблетки сделали половые отношения безопасными и позволили миллионам людей относиться к сексу как к способу выразить свою любовь к существу противоположного пола, а не как к способу продолжения рода. Доступность таблеток дала женщинам чувство свободы и, вероятно, оказала большее влияние на их сексуальное поведение, чем это принято считать. Молодежное движение, начавшееся одновременно с движением за гражданские права и расширявшееся вместе со все усиливающейся утратой веры в справедливость Вьетнамской войны, привело к тому, что подростки бросили вызов поколению своих родителей. Этот вызов выражался не только в одежде, длинных волосах и музыке молодого поколения, но также в употреблении наркотиков и сексуальной свободе (их лозунг "Любовь, а не война").

Молодежь шестидесятых, осознавшая политическую и социальную несправедливость, с воодушевлением включилась также в женское движение. Поскольку противозачаточные таблетки дали возможность женщинам в гораздо большей степени контролировать свою судьбу, неудивительно, что их сексуальная свобода стала все больше восприниматься как естественное положение вещей.

Реакция общества на сексуальную революцию была неоднозначной. Одни горячо приветствовали это движение, другие считали его чем-то временным, обреченным в конечном счете на угасание. Можно утверждать, что значительная часть населения следила за этим переворотом с неодобрением и тревогой. Большинство людей было озабочено происходящим на их глазах разрушением моральных устоев американского общества. Тем не менее о сексуальности стали больше говорить, демонстрировать ее и изучать; в шестидесятые годы появились бары с полуголыми официантками, обнаженное тело стало привычным для бродвейских шоу. Наконец, именно в эти годы было опубликовано исследование сексуальной функции человека, совершившее настоящий переворот в подходе к этой проблеме.

МАСТЕРС И ДЖОНСОН

Кинзи и его сотрудники изучали природу сексуальности человека, используя метод интервью. В ходе беседы они выясняли, как, когда и сколь часто люди занимаются сексом. В дальнейшем научное исследование секса расширялось в рамках той же методики за счет добавления вопросов, которые оставались неразрешенными. Новый методический подход был впервые использован врачом Уильямом Мастерсом и психологом Вирджинией Джонсон в Медицинской школе Вашингтонского университета в Сент-Луисе.

По мнению Мастерса и Джонсон, для понимания всех сложностей сексуальной функции человека люди должны знать анатомию и физиологию репродуктивной системы, а также психологию и социологию. Авторы полагали, что для решения сексуальных проблем человека данные, полученные в результате изучения сексуальных реакций животных, недостаточны, и только прямой подход позволит получить необходимую информацию. В 1954 г. они начали наблюдать и регистрировать физические особенности полового возбуждения у человека. К 1965 г. был накоплен материал по 10 000 эпизодов половой активности у 382 женщин и 312 мужчин; на основании этих данных была опубликована статья "Сексуальные реакции человека" (Masters, Johnson, 1966), которая сразу привлекла к себе внимание. Некоторые специалисты быстро уловили важность этих открытий, тогда как другие были шокированы используемыми при этом методами. Среди громких обвинений в "механическом подходе" и криках об оскорблении моральных чувств раздавались относительно немногочисленные голоса тех, кто понимал, что эта физиологическая информация не является самоцелью, что она необходима для разработки

методов лечения людей с сексуальными расстройствами (Следует отметить, что вся медицинская наука основана на знании нормальной анатомии и физиологии, без которых невозможны существенные успехи в лечении патологии. В 1966 г., когда была опубликована статья "Сексуальные реакции человека", многие врачи, казалось, забыли об этом факте, который был бы совершенно неоспоримым, если бы речь шла об изучении сердечных или кожных болезней. В наших картотеках за тот год содержится много возмущенных писем от врачей, критикующих наши физиологические исследования за их непристойность и отклонение от традиционной медицинской "респектабельности").

1970-и 1980-е годы

В 1970-1980-х гг. отношение к сексу стало намного более открытым. В 1970 г. Мастерс и Джонсон опубликовали книгу "Сексуальная неполноценность человека", ознаменовавшую новый подход в терапии сексуальных расстройств, которые прежде лечились долго и, как правило, безуспешно. С появлением этой книги, где, в частности, описан эффективный двухнедельный курс терапии, при которой неудачи составляют всего 20%, возникла новая медицинская специальность - сексотерапия. Вслед за этим всего лишь за 10 лет в стране было открыто несколько тысяч сексотерапевтических клиник, а благодаря таким врачам, как Элен Каплан и Джек Эйнон, стали развиваться и другие терапевтические подходы.









Публиковались десятки специальных книг о сексе; среди них лучшей и имевшей наибольший успех (тираж свыше 9 миллионов экземпляров) была, вероятно, "Радость Секса" Алекса Комфорта (Comfort, 1972). Заметную роль в сексуальной революции сыграло также телевидение, освещавшее в ряде программ темы, которые прежде находились под запретом. Не желавшее отставать кино стало более откровенно сексуальным, а на заре американского видеорынка наибольшим спросом пользовались порнофильмы.

В это же время произошли события, повлиявшие на отношение американцев к сексуальности: 1) сожительство до регистрации брака стало обычным явлением; 2) в 1976 г. Верховный суд США легализовал аборты, что, конечно, повысило их безопасность, но вместе с тем спровоцировало споры в обществе по поводу нравственности подобного решения; 3) в 1974 г. Американская ассоциация психиатров приняла решение исключить гомосексуализм из перечня психических расстройств, что создало почву для усиления движения геев за свои права; 4) благодаря усилиям ученых и активистов женского движения общество осознало, что изнасилование - это преступление, порождаемое не страстью, а жестокостью (Burgess, Holmstrom, 1974; Brownmiller, 1975; Mertzer, 1976). В результате процедура слушания дел об изнасиловании была законодательно изменена, а в стране один за другим стали появляться центры по оказанию психологической помощи

жертвам изнасилования; 5) разработка методов экстракорпорального оплодотворения сделала возможным рождение в 1978 г. первого в мире "младенца из пробирки" (в настоящее время число детей, зачатых таким способом, превысило 15 000). Все большее распространение в эти годы получает весьма спорная с этической точки зрения процедура вынашивания ребенка суррогатной матерью.

В конце 1970-х и в начале 1980-х гг. определенные силы в обществе стали оказывать сопротивление тому, что они считали сверхвседозволенностью и даже безнравственностью. Например, предпринимались попытки блокировать половое воспитание в бесплатных школах и противодействовать любым формам "беспорядочного" сексуального поведения, к которым относили все, кроме супружеского секса. Движение за право на жизнь протестовало против узаконивания абортов и безуспешно пыталось ввести в конституцию поправку, которая бы запрещала аборты в любых обстоятельствах. В 1983 г. администрация Рейгана пыталась провести закон, иронически прозванный "законом о доносе" который обязывал продавцов сообщать родителям, что их дети покупают противозачаточные средства. К счастью, это предложение навсегда осталось лишь законопроектом.

Особую тревогу в обществе на рубеже 1970-80-х гг. вызвали эпидемии доселе неизвестных болезней, передающихся половым путем: генитального герпеса, главным образом среди гетеросексуалов, и СПИДа, который в США вначале поражал мужчин, как гомо-, так и бисексуалов, но вскоре распространился и на гетеросексуалов. (СПИД, или синдром приобретенного иммунодефицита, возникает в результате заражения вирусом, поражающим иммунную систему организма, что ведет к различным серьезным инфекционным, раковым и нервным заболеваниям.) Эпидемия СПИДа, который порой называют чумой наших дней, вызывает особые опасения, поскольку, во-первых, это заболевание в настоящее время неизменно приводит к летальному исходу и, во-вторых, согласно экспертным оценкам, число зараженных вирусом СПИДа (ВИЧ-инфицированных) в США уже достигло двух миллионов. Поскольку и генитальный герпес, и СПИД бесспорно связаны с беспорядочной половой жизнью, высказывается мнение, что эпидемии этих болезней - своего рода возмездие, ниспосланное богом человечеству за его греховное сексуальное поведение.

Обрушившаяся на людей лавина сообщений о СПИДе, а также осознание того, что наверняка избежать заражения можно лишь путем полного воздержания от половой жизни или ограничения ее только одним, заведомо здоровым партнером, заставили миллионы граждан изменить свое сексуальное поведение, причем одни избрали безбрачие, а другие стали более разборчивыми в своих половых партнерах (Kolodny, Kolodny, 1987; Stevens, 1987; Winkelsteinet al., 1987). Некоторые люди стали принимать известные меры предосторожности (например, использовать презервативы). Подробный анализ изменений в сексуальной жизни разных слоев общества в связи с распространением СПИДа еще предстоит провести, однако нам кажется, что в 1990-е гг. все большее число людей начинает задумываться над своим сексуальными поведением.

Конечно, мы не можем предугадать, действительно ли изменения и тенденции, представляющиеся сегодня существенными, окажут сколько-нибудь длительное влияние на наше сексуальное поведение в будущем. Не можем мы также быть уверены в том, что по прошествии ста лет историки не обозначат нашу эпоху каким-то одним словом (подобно "Викторианской") и не сведут многочисленные сложности наших сексуальных установок к какому-то одному понятию. Единственное, в чем можно не сомневаться, так это в том, что наши установки и поведение будут продолжать изменяться; однако

предсказать сколько-нибудь точно, какое направление примут эти изменения, невозможно.

Определение вашего личного отношения к аборту

Одна из проблем, связанных с сексом, которая вызывает сегодня особенно сильные разногласия в обществе, это проблема абортов. Если вам интересно узнать, как вы сами относитесь к этой проблеме, выскажите свое мнение по предложенным ниже позициям.

Это добровольное исследование, проводимое вами самостоятельно, не является тестом. Мнение по любому пункту не может быть верным или неверным, так что просто высказывайте его по возможности честно. Вам предлагается выразить свое отношение к легальному аборту (извлечение зародыша из тела матери в течение первых трех месяцев беременности, на которое мать идет добровольно и которое производится человеком, имеющим медицинское образование).

Выскажите свое мнение по каждому пункту, обведя кружком один из предложенных ответов.

Значения буквенных ответов: БС - безусловно согласен; С - согласен; СНВ - согласен, но не вполне; СНС - скорее не согласен; НС - не согласен; КНС - категорически не согласен.

1. Верховный суд должен запретить аборты в США.

БС С СНВ СНС НС КНС

2. Аборт - это хороший способ покончить с нежелательной беременностью.

БС С СНВ СНС НС КНС

3. Мать должна чувствовать себя обязанной родить ребенка, которого она зачала.

БС С СНВ СНС НС КНС

4. Аборт недопустим ни при каких обстоятельствах.

БС С СНВ СНС НС КНС

5. Плод не может считаться личностью до тех пор, пока он не способен жить вне чрева матери.

БС С СНВ СНС НС КНС

6. Решение относительно аборта должна принимать беременная женщина.

БС С СНВ СНС НС КНС

7. Каждый зачатый ребенок имеет право родиться на свет.

БС С СНВ СНС НС КНС

8. Беременной женщине, не желающей иметь ребенка, следует посоветовать сделать аборт.

БС С СНВ СНС НС КНС

9. Аборт следует считать равноценным убийству человека.

БС С СНВ СНС НС КНС

10. Люди не должны осуждать тех, кто решил сделать аборт.

БС С СНВ СНС НС КНС

11. Аборт вполне приемлем для незамужней несовершеннолетней девушки

БС С СНВ СНС НС КНС

12. Отдельным людям нельзя давать право решать вопрос о жизни или смерти плода.

БС С СНВ СНС НС КНС

13. Не следует приводить в этот мир нежеланных детей.

БС С СНВ СНС НС КНС

14. Плод следует считать личностью с момента зачатия.

БС С СНВ СНС НС КНС

Оцените свои ответы по следующей шкале

Первый этап

По пунктам 2,5,6,8,10,11 и 13

БС = 6 баллов

С = 5 баллов

СНВ = 4 балла

СНС = 3 балла

НС = 2 балла

КНС = 1 балл

По пунктам 1,3,4,7,9,12 и 14

БС = 1 балл

С = 2 балла

СНВ = 3 балла

СНС = 4 балла

НС = 5 баллов

КНС = 6 баллов

Второй этап: сложите свои оценки по всем 14 пунктам.

Третий этап: оцените свои результаты по следующей шкале

0-15: Безусловно за сохранение плода

16-26: Скорее за сохранение плода

27-43: Не имею определенного мнения

44-55: Скорее за аборт

56-70: Безусловно за аборт

ВЫВОДЫ

1. Сексуальность человека - явление многомерное, имеющее биологические, психосоциальные, поведенческие, медицинские, нравственные и культурные аспекты. Ни один из этих аспектов сексуальности нельзя считать абсолютно доминирующим.

2. История учит нас, что отношение к сексу и сексуальное поведение сильно варьируют в разное время и в разных странах. На протяжении более, чем 2000 лет религия была главной силой, формировавшей отношение к сексу. Возникшая в XIX в. наука сексология - начиная с ранних работ Крафт-Эбинга, Хэвлока Эллиса и Зигмунда Фрейда и до сенсационных научных исследований Кинзи и Мастерса и Джонсон - оказала огромное влияние на современное представление о сексе и сексуальности.

3. Следует остерегаться слишком упрощенной интерпретации сексуального поведения. Например, несмотря на характерное для Викторианской эпохи ханжеское отношение к сексу, в этот период процветала проституция, была широко распространена порнографическая литература, а средний и низший классы почти не обращали внимания на сексуальную претенциозность высшего общества.

4. 1960-е гг. принято считать началом сексуальной революции. Ее приближению способствовали четыре фактора: доступность противозачаточных средств, протест молодежи, борьба женщин за свои права и большая открытость в обществе как при обсуждении секса, так и в его проявлениях.

5. Тревога, вызванная новыми эпидемиями болезней, передающихся половым путем, в особенности СПИДа (синдром приобретенного иммунодефицита), вместе со все возрастающей тенденцией к консерватизму, по-видимому, застопорили сексуальную революцию. В настоящее время миллионы людей начинают относиться к сексу более осторожно; в случае усиления эпидемии СПИДа, вероятно, произойдут и дальнейшие изменения в этом направлении.

6. Предсказывать, какого рода сдвиги в сексуальном мышлении и поведении произойдут в будущем, по меньшей мере трудно. Мы можем быть уверены лишь в том, что наши установки и поведение непременно изменятся тем или иным образом.

Вопросы для размышления

1. Авторы утверждают, что "не существует такой системы сексуальных ценностей, которая была бы верна для всех и каждого, и что ни один моральный кодекс не может быть бесспорно верным и применимым во всех случаях". Согласны ли вы с этим? Или же есть такие сексуальные ценности, которые бесспорно и повсеместно считаются либо истинными, либо ложными?

2. В тексте утверждается, что сексуальность имеет биологические, психологические и социальные аспекты. Однако многие люди и некоторые религиозные учения считают сексуальные контакты оправданными только в том случае, если они имеют целью продолжение рода. Как изменились бы наши установки в отношении допустимых сексуальных проявлений, если бы это было верно? Какого рода сексуальные отношения предписывало бы общество, а на какие наложило бы запрет?

3. Некоторые люди считают Кинзи, Фрейда и даже Мастерса и Джонсон "грязными стариками", потому что их интересует научное исследование сексуальности. Насколько широко распространено такое отношение и оправдано ли оно? Что может побудить человека посвятить всю свою жизнь изучению секса?

4. "Любовь, а не война" - таким был лозунг шестидесятников. Существует ли какая-то связь между этими двумя видами активности? Существует ли какая-либо зависимость между подавлением секса и войной или между сексуальной свободой и миром? А может быть, этот лозунг - просто красиво звучащая, но бессмысленная фраза?

5. Действительно ли за несколько последних десятилетий произошла подлинная сексуальная революция или это миф? Движется ли наше общество к большему (или меньшему) разнообразию и свободе в сексуальных проявлениях?

6. Как утверждается в этой главе, в Викторианскую эпоху процветали проституция и порнография. Имеется ли здесь какая-то причинно-следственная зависимость? Способствует ли подавление сексуальности развитию подпольных форм ее проявления? Кроме того, характерное для Викторианской эпохи подавление сексуальности воздействовало на мужчин и женщин, а также на представителей разных социальных слоев по-разному. Как это можно объяснить?

Сексология как наука и ее методы

Может ли женщина изнасиловать мужчину? Стимулирует ли алкоголь сексуальную активность или, напротив, подавляет ее? Нормально ли предаваться сексуальным фантазиям при половом акте с собственным мужем? Отличаются ли гомосексуалы от гетеросексуалов в отношении физиологии своих сексуальных реакций? Подобные вопросы всегда вызывали оживленные дискуссии, в результате которых появлялось много ответов; однако до настоящего времени полученные ответы были просто мнениями - догадками, правильность или ошибочность которых не была подтверждена доказательствами. За два последних десятилетия к этим и многим другим вопросам о сексуальности человека стали подходить с более научных позиций и занимаются этим профессиональные сексологи.

Изучение сексуальности окружено аурой чего-то таинственного, потому что оно затрагивает области, которые часто считают запретными, глубоко личными, противоречивыми и волнующими. Однако в отличие от того, что думает по этому поводу большинство людей, научные исследования в области сексуальности человека мало чем отличаются от любой другой научной работы. Они требуют упорного каждодневного многочасового труда, большого внимания к деталям и тщательного анализа полученных данных.

Ввиду большого объема литературы по проблемам сексологии нелегко бывает отличить научно установленный факт от мнения отдельного человека или же от рассказа о личном опыте. Грань между журналистским или художественным описанием какого-либо аспекта секса и научным сообщением на ту же тему часто стирается. Даже в тех случаях, когда некий факт бывает установлен в результате научного исследования, его не всегда можно принимать за истину. Поэтому важно понять, как проводятся научные исследования по сексологии, учесть все их недостатки и ограничения, с тем чтобы разумно оценить полученную информацию и использовать ее в собственной жизни. В этой главе описаны разнообразные методы, применяемые в сексологии, обсуждены в общих чертах несколько крупных обзорных работ и изложены подходы к оценке надежности и значимости таких исследований.

СБОР И ОБРАБОТКА ДАННЫХ

Стратегия формирования выборок

Исследователи почти никогда не имеют возможности изучить всю популяцию людей, входящих в интересующую их категорию. Изучая женскую сексуальность, нельзя обследовать женщин всего земного шара, всех женщин данной страны, области, города или даже школы. Главными препятствиями этому служат недостаток времени и средств, а также нежелание некоторых людей участвовать в таких исследованиях. Поэтому ученые выбирают группу людей (выборку) из более многочисленной группы (популяции), обладающей неким определенным признаком. Этот процесс называют формированием выборки. Результаты проводимого исследования сильно зависят от степени сходства или различия между выборкой и той популяцией, из которой она взята.

Если выборка хорошо соответствует признакам популяции, то результаты исследования будут приложимы ко всей популяции в целом. Распространение выводов, полученных для выборки, на более обширную группу (популяцию, из которой взята выборка, или родственную популяцию) называют обобщением. Так, например, если вы изучали группу

жертв изнасилования в шт. Мичиган, то полученные результаты, вероятно, будут приложимы к жертвам насилия в других штатах. Однако, если исследование касалось употребления наркотиков на юге Калифорнии, то его результаты вряд ли будут соответствовать тому, что происходит на Среднем Западе.

Объем выборки - другой важный фактор, определяющий достоверность полученных результатов. Очень маленькая выборка, даже если она репрезентативна для большой популяции, не может служить надежной основой для важных выводов. Станете ли вы доверять сообщениям об отношении американских студентов к добрачному сексу, если оно основано на изучении выборки, в которую входил всего десяток студентов? Какова будет ваша реакция, если в выборку входило 25 студентов? А если сотня? А тысяча? При прочих равных условиях из двух исследований более достоверные результаты дает обычно то, которое проводилось на большей выборке. Однако, чем больше сходства между членами данной популяции - фактор, который статистики называют гомогенностью, - тем сильнее можно сокращать объем выборки, оставляя ее при этом репрезентативной для популяции. Выборка скорее окажется репрезентативной для большой популяции, если она рандомизированная, т.е. отбирается таким образом, что каждый член данной популяции имеет равные шансы попасть в нее. Очень немногие исследования по сексологии проводились в масштабах всей страны, т.е. на рандомизированных выборках, взятых по определенной системе из всего населения США или из определенной, интересующей в данном случае ученых, группы (например, группы замужних женщин). Об этом приходится сожалеть, так как выборка такого масштаба служит самым прочным основанием для заключения о допустимости обобщения результатов данного исследования.

Методы получения данных

Исследователю следует не только решить, как он будет формировать выборки, но и продумать способы получения данных, необходимых для анализа изучаемой проблемы. Данные можно собрать с помощью анкет, личных опросов, непосредственных наблюдений, непрямых наблюдений (например, использование видеозаписей, кинофильмов или дистанционных микрофонов), изучения историй болезней и других документов, лабораторных тестов, экспериментов и других методов. Выбрать метод (или методы), подходящий для решения данной проблемы, иногда бывает далеко не просто.

В ряде случаев от некоторых методов исследования приходится отказываться по соображениям этики. Например, вряд ли было бы этичным просить людей совершить кровосмешение, для того чтобы анализировать его последствия. Для изучения ЭТОЙ спорной проблемы, вероятно, следует использовать анкеты, интервью или разного рода документы. Выбор метода исследования зависит также от наличия надежных способов для получения тех или иных конкретных данных. Например, определение уровня половых гормонов в организме человека стало возможно лишь в конце 1960-х гг. Это открыло совершенно новые подходы к изучению широкого круга вопросов, относящихся к сексу и сексуальному поведению, основанному на проведении анализов крови.

На выбор метода сбора данных оказывают влияние и практические соображения: затраты времени и средств, вероятность получения полезной информации, вероятность кооперации со стороны потенциальных испытуемых. Преимущества и недостатки различных методов, применяемых в сексологии, рассматриваются чуть ниже.

Количественное представление данных и их классификация

В научных исследованиях обычно требуется представить полученные результаты в количественной форме. Некоторые данные легко выразить в виде определенных цифр (например, рост, возраст, число сексуальных партнеров) или классифицировать (семейное положение, специальность, тип используемых противозачаточных средств). Оценить количественно данные другого рода гораздо сложнее: в каких единицах измерять любовь, страх или половое удовлетворение? Исследователь должен выработать специальные стратегии для количественного выражения или классификации информации, с тем чтобы ее можно было обработать или использовать для проведения сравнений между группами. Это часто делают, строя шкалу или даже несколько шкал ("оцените свое половое удовлетворение по шкале от 0 до 10"), что совсем не так просто сделать, как это кажется. Адекватность процедуры измерения зависит от ее надежности, или состоятельности, и свободы от ошибок, а также от ее валидности, или значимости, т.е. от того, в какой степени она измеряет именно то, что интересует исследователя. Способы проверки надежности и валидности методов измерения сложны, и их рассмотрение выходит за рамки этой книги.

Анализ данных

После того как необходимая информация собрана, ее следует оценить. При этом обычно прибегают к статистическим методам. В нашей книге подробного рассмотрения этих методов не требуется, ограничимся лишь несколькими пояснениями. Во-первых, статистику можно использовать в чисто описательном плане (например, "43% обследованных мужчин и 55% женщин состояли в браке" или "в среднем частота полового акта составляла 2,6 раза в неделю"). Во-вторых, статистика позволяет делать прогнозы. Прогнозирование на основании статистических данных носит вероятностный характер. Иными словами, статистический анализ полученных результатов дает возможность строить научные догадки (иногда это бывают очень удачные догадки) о вероятности того, что выявленный в ходе исследования набор фактов не случаен. Если, опросив 100 школьниц старших классов, прослушавших курс полового воспитания, и 100 школьниц той же школы, не посещавших занятия по этому предмету, вы обнаружите, что из первой группы забеременели только две, а из второй двадцать, то это различие будет статистически значимым. Иными словами, вряд ли можно считать такое соотношение случайным, из чего можно сделать вывод, что курс полового воспитания снижает частоту нежелательных беременностей среди подростков. Однако статистический анализ не может доказать правильность такого заключения, поскольку на эти результаты мог повлиять какой-то артефакт, о котором вы не подозревали. В-третьих, статистические методы можно использовать также для изучения зависимостей между несколькими переменными: корреляционный анализ и факторный анализ помогают исследователям выяснить некоторые аспекты взаимодействия переменных, но не дают возможности определить, что является причиной, а что - следствием.

Этические проблемы

При проведении любых исследований ученый обязан сохранять корректность и уважение к опрашиваемым людям. Для этого он должен соблюдать следующие правила.

1. *Осознанное согласие*. Необходимо четко и ясно разъяснять всем потенциальным участникам проводимого исследования его цели, способы проведения, а также возможный риск и преимущества для тех, кто дал согласие выступать в роли испытуемого. Люди сами без всякого принуждения и обмана должны решить, хотят ли они участвовать в эксперименте. Необходимо информировать их и о том, что они вольны отказаться в любой момент после того, как исследование уже началось без каких-либо неприятных для себя последствий.

2. *Конфиденциальность*. Исследователи должны сделать все возможное для сохранения анонимности обследуемых. В некоторых случаях сообщаемые сведения могут изобличать испытуемых в нарушении законов (например, информация об употреблении запрещенных наркотических препаратов или о незаконной деятельности, связанной с сексом); несоблюдение конфиденциальности может поставить испытуемых в неловкое положение, сделать их предметом насмешек в глазах окружающих, отрицательно сказаться на отношениях с другими людьми. (Представьте себе, например, какие чувства вы испытаете, если в результате участия в программе по изучению секса станет известно, что вы на протяжении нескольких лет находились в кровосмесительной связи.) Руководители исследовательских программ обязаны следить за соблюдением условий, обеспечивающих конфиденциальность. Сбор данных должен производиться таким образом, чтобы сохранялась анонимность; для этого каждому испытуемому дают кодовый номер, а лист, позволяющий установить по этим номерам имена обследуемых, хранят в надежном месте, например в банковском сейфе; доступ к этим данным разрешают лишь одному лицу; после завершения исследования необходимо уничтожить всю информацию, связанную с конкретными людьми.

3. *Честность*. Хотя в некоторых случаях обман может оказаться необходимым в качестве составной части исследования, однако он допустим лишь при условии, что испытуемый предупрежден об этом и дал согласие (разумеется, испытуемым не обязательно знать, в чем именно будет состоять обман), причем связанный с обманом риск должен быть минимальным. Всякий раз, когда исследователи прибегают к обману, они обязаны по окончании эксперимента внести ясность в ситуацию, разъяснив каждому испытуемому суть обмана с тем, чтобы он или она могли узнать о результатах исследования и задать вопросы о том, что с ними проделали.

Существует целый кодекс этических правил для сексологических исследований (Masters et al., 1980); соответствующие рекомендации разработаны и для исследований по психологии, психиатрии и др. В большинстве американских колледжей и университетов в настоящее время имеются комитеты по этике. В их обязанность входит рассмотрение всех исследований, которые планируется провести в данном учреждении, до того как они начались. Если такой комитет обнаруживает в представленных планах возможность возникновения у испытуемых этических проблем (например, недостаточное внимание к разъяснительной работе с обследуемыми при получении от них согласия участвовать в эксперименте), он откладывает утверждение программы до тех пор, пока выявленные недостатки не будут устранены.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ, С КОТОРЫМИ СТАЛКИВАЕТСЯ ИССЛЕДОВАТЕЛЬ

Изучение сексуальности, подобно другим научным исследованиям, не всегда позволяет получить определенный ответ на поставленный вопрос. Возможности методов исследования секса ограничены; понимание этого факта позволяет решить, в какой мере

та или иная группа данных приложима к вашей собственной жизни, и критически оценить качество той или иной конкретной работы. Постоянным источником ошибок, снижающим объективность, является смещение выборки.

Проблемы, связанные с формированием выборок

Чаще всего искажение результатов бывает связано с неправильным формированием выборки. Например, объем выборки может быть слишком мал для изучения всех переменных, интересующих исследователя. Именно на этом была основана критика работ Кинзи, несмотря на то, что им было обследовано 12 000 человек. При адекватном объеме выборки на результаты исследования сильно влияет недостаточность сходства между нею и той популяцией, из которой она была взята. Иллюстрацией такой ситуации служат исследования гомосексуальности, проводившиеся до 1957 г. Субъектами этих исследований обычно служили пациенты психиатрических больниц или заключенные, что приводило к ошибочным выводам о социальной дезадаптации и психической неполноценности гомосексуалов. Можно ли надеяться, что изучение таких выборок прольет свет на природу гомосексуализма? Позволит ли изучение гетеросексуалов, находящихся в психиатрических больницах или тюрьмах, сделать верные выводы о личностных свойствах всех гетеросексуалов? Более поздние исследователи гомосексуализма благодаря усовершенствованию методов формирования выборок избежали таких ошибок (Hecker 1957; Saghir, Robins, 1973; Bell, Weinberg, 1978).

Другая проблема, возникающая при формировании выборок, связана с привлечением добровольцев. Дело в том, что часто между людьми, соглашающимися участвовать в сексологических исследованиях, и теми, кто отказывается от этого, имеются специфические различия. В статистическом отношении рандомизированная выборка служит идеальным способом минимизировать искажение результатов, потому что она позволяет избежать субъективных ошибок исследователя при подборе испытуемых. К сожалению, получить действительно рандомизированную выборку удается редко, поскольку этика требует обеспечить информированное согласие испытуемых; а их-за этого все выборки автоматически оказываются смещенными. Такое смещение всегда имеет место в сексологических исследованиях, однако оно особенно сильно сказывается на результатах работ, связанных с прямыми наблюдениями (Farkas, Sine, Evans, 1978; Wolchik, Spenser, Lisi, 1983). Согласитесь ли вы участвовать в исследовании, связанном с наблюдением за вашим сексуальным поведением? Люди, не считающие уединенность важным условием для занятий сексом, очевидно, отличаются от тех, для которых она совершенно необходима; это обстоятельство неизбежно влияет на репрезентативность выборки.

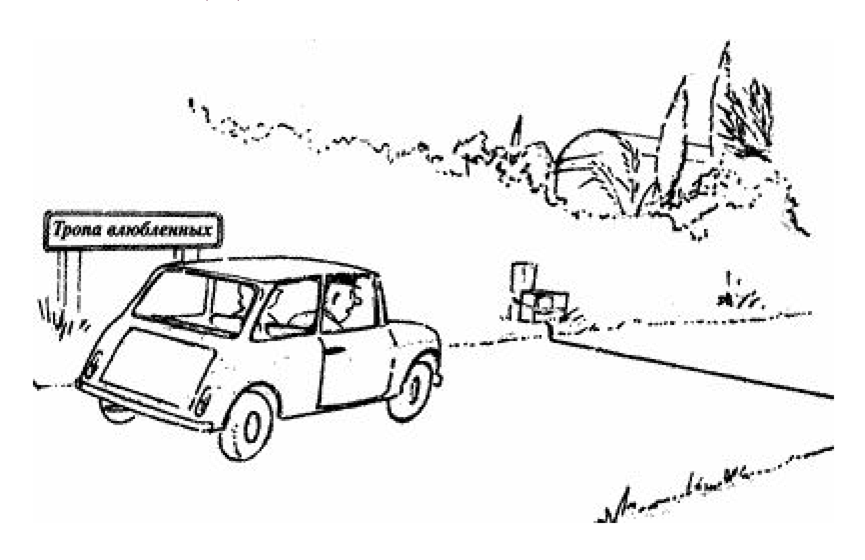
Неверные ответы

Еще одним источником необъективности служит неполная правдивость ответов, которые дают обследуемые. Анкеты обладают известным преимуществом, если они заполняются анонимно, так как у респондентов при этом относительно мало причин для смущения. Однако при анкетировании обычно бывает трудно проверить, правильно ли испытуемый понял все вопросы; некоторые ответы могут оказаться неверными просто из-за того, что неверно были истолкованы вопросы. При личных интервью вероятность такого недоразумения безусловно меньше, однако на искренность ответов может повлиять присутствие лица, проводящего опрос. Иногда люди хвастают своими сексуальными возможностями или преувеличивают их, а иногда пытаются скрыть какой-нибудь смущающий их или неприятный случай.

Преднамеренная фальсификация ответов возможна как в анкетах, так и во время интервью, хотя в последнем случае исследователь скорее может обнаружить это. Неточности возникают также просто из-за плохой памяти. Иногда бывает трудно вспомнить, сколько раз вы испытывали какое-то ощущение или участвовали в чем-то, даже если речь идет о событиях недавнего прошлого, например имевших место всего месяц назад. Вспоминать же о давних событиях (или чувствах) бывает еще сложнее. Так, например, человек иногда не может ответить на вопрос, в каком возрасте он узнал о том, "откуда берутся дети?" Попробуйте вспомнить, когда вы впервые мастурбировали или когда у вас появились подростковые поллюции. Во многих случаях, когда мужа и жену спрашивают порознь о различных аспектах их сексуальной жизни, их ответы резко различаются. Как можно в таких случаях решить, чей ответ больше соответствует истине? А если опрашивают только одного из супругов, то можно ли быть уверенным, что получают точные ответы?

Другие источники ошибок в сексологических исследованиях будут рассмотрены при обсуждении на примере отдельных работ. Может показаться, что мы уделяем слишком большое внимание методологическим трудностям. Мы делаем это для того, чтобы подчеркнуть, что подобные проблемы возникают постоянно и что о них необходимо помнить при анализе и интерпретации результатов. Поскольку в последующих главах часто обсуждаются данные конкретных сексологических исследований, важно представлять себе их сильные и слабые стороны.

МЕТОДЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ В СЕКСОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ



"Опять, небось, одно из этих проклятых сексуальных исследований!"

При изучении сексуальности используют несколько различных методов. Каждый из них имеет свои достоинства и недостатки, и потому трудно назвать какой-то один "наилучшим". Чаще всего пригодность метода определяется тем, что с его помощью хотят узнать. При рассмотрении различных форм сексологического исследования (обследование, наблюдение, изучение отдельных случаев, клинические исследования, экспериментальные исследования) мы обращаемся к конкретным работам, в которых они использовались, и разбираем преимущества и недостатки данных методик.

Обследование

Обследование проводится для сбора информации по конкретному вопросу путем интервью или с помощью анкетирования. Поскольку начало современной эпохе изучения секса было положено пионерскими работами Кинзи и его коллег, широко использовавших данный метод исследований, неудивительно, что в дальнейшем при изучении сексуального поведения человека чаще всего прибегают к этому методу. Кроме того, обследование обладает рядом преимуществ над другими методами: оно не требует больших материальных затрат, допускает большую гибкость при формировании выборок и в общем не связано с риском для его участников. Сказанное выше объясняет, почему обследования так широко распространены в сексологии. К сожалению, многие работы спланированы таким образом, что не могут служить основой для широких обобщений о сексуальной природе человека, и даже лучшие из них следует использовать с осторожностью. Ниже мы рассмотрим результаты нескольких больших сексологических обследований, привлекая внимание к тем их аспектам, которые можно использовать при оценке работ такого рода.

СООБЩЕНИЯ КИНЗИ: 1948 и 1953 гг.

Два сообщения, опубликованные Кинзи и его сотрудниками, были основаны на обширных обследованиях; вероятно, ни одна из публикаций по сексологии не вызвала такого бурного обсуждения и жесткой критики. Помимо исторического значения этих работ Кинзи, заслуживает внимания методика их проведения.

Группа Кинзи собирала данные только путем индивидуальных интервью. Ее участники разработали очень сложную систему опроса, позволяющую завоевать доверие каждого испытуемого и избегать наводящих вопросов. Ответы кодировались, в них выявляли искажения или несоответствия. Основное интервью, которым пользовалась группа Кинзи, содержало примерно 300 вопросов, причем точное их число частично зависело от материала, получаемого в процессе интервью; поэтому проведение каждого обследования требовало большого умения. Подробное описание методики интервьюирования содержится в книге одного из первых сотрудников Кинзи-Уордела Помроя (Pomeroy, Flax, Wheeler, 1982).

Несмотря на выдающееся значение этой методики, послужившей основой многих последующих работ по сексологии, сами вопросы (первоначально предназначавшиеся для студентов колледжей) были недостаточно современны и разнообразны и не соответствовали уровню новейших исследований. Еще один сотрудник Кинзи, Пол Гебхард, отмечает, что Кинзи не вносил изменения в свое интервью отчасти для того, чтобы сохранить единообразие с уже имеющимися данными, а отчасти из-за нехватки времени. Чем сложнее интервью, тем дольше оно длится и тем меньше за день их удается провести (Gebhard, Johnson, 1979).

Хотя сами интервью, проводимые Кинзи, и имели определенные недостатки, например вплоть до середины 1940-х гг. (т.е. примерно на протяжении 5 лет после начала исследования), они обычно не касались внебрачной сексуальной активности; главная критика работ Кинзи была направлена на способы формирования выборок. Несмотря на очень большой объем выборок (в процессе первого обследования было опрошено 5300 мужчин, а во втором - 5940 женщин), они не были репрезентативными для населения США в целом. Данные по представителям черной расы не вошли в первоначальные публикации, потому что их было сравнительно мало (этот недостаток в 1979 г. исправили Гебхард и Джонсон); среди опрашиваемых преобладали заключенные, выпускники колледжей и протестанты, тогда как старики, жители сельских местностей и малообразованные люди были представлены в выборках слабо.

По словам Кинзи, он и не старался получить случайную выборку, так как чувствовал, что все попытки добиться этого обречены на неудачу. Кинзи рассчитывал компенсировать данный недостаток своей работы двумя способами. Во-первых, он надеялся опросить 100 000 человек; по его мнению, такой объем выборки снял бы все возражения относительно методов ее формирования. (Несмотря на оптимизм Кинзи, его взгляды на роль выборок при изучении поведения человека не нашли понимания среди других ученых.) Во-вторых, Кинзи использовал в своей работе метод, названный им "получением 100%-ной выборки"; этот метод заключается в поголовном обследовании определенных групп, например членов какого-то клуба или учащихся данного колледжа. Хотя примерно одна пятая часть всех испытуемых была обследована именно таким образом, избежать критики по поводу формирования выборок Кинзи не удалось. Вместе с тем группа Кинзи заслуживает похвалы за выбор простых статистических методов, позволивших доступно четко представить полученные данные. Несмотря на то, что многие критики уклонялись от прямой оценки статистической обоснованности работ Кинзи (теперь понятно, что это делалось в надежде дискредитировать "шокирующие" открытия Кинзи), экспертная комиссия Американской статистической ассоциации опубликовала рецензию , в которой утверждалось: "в общем работы Кинзи производят благоприятное впечатление" (Cochran, Mosteller, Tukey, 1974).

СООБЩЕНИЯ ХАНТА: 1974 г.

Одно из первых после "эпохи Кинзи" широкомасштабных исследований сексуального поведения человека было проведено по заказу журнала "Плейбой" в начале 1970-х гг. Независимая научно-исследовательская группа обновила данные Кинзи, предварительно усовершенствовав методику формирования выборок. Результаты были изложены Мортоном Хаитом в ряде статей, напечатанных в журнале "Плейбой", а затем в книге "Сексуальное поведение в 1970-х" (Hunt, 1975). Данные публикации в истории сексологии принято называть "сообщением Ханта".

Выборка Ханта была создана путем случайного отбора абонентов из телефонных книг 24 крупных американских городов. Лишь 20% отобранных абонентов согласились принять участие в исследовании и заполнили анкеты, касающиеся их отношения к сексу и личного сексуального опыта. В результате была получена выборка, состоявшая из 982 мужчин и 1044 женщин в возрасте от 18 лет и старше. Хотя выборка Ханта по многим параметрам адекватно отражала состав популяции США (10% участников принадлежало к черной расе, 71% состояли в браке, а соотношение городских и сельских жителей приближалось к таковому для страны в целом), она была недостаточно репрезентативна, поскольку, во-первых, состояла из добровольцев, а во-вторых, в нее не попали люди, которых не было в телефонных книгах (например, обыватели домов для престарелых, учащихся колледжей и др.). Поскольку люди, давшие согласие на участие в исследовании, возможно, чем-то отличаются от тех, которые отказались заполнять анкеты, результаты Ханта следует использовать с осторожностью. Тем не менее это исследование дает ценную информацию, которую можно сопоставить с данными Кинзи и его коллег.

ЖУРНАЛЬНЫЕ ОБЗОРЫ

За последние десятилетия многие крупные американские журналы проводили психологические опросы среди своих читателей: Physhology Today (Athanasion et al., 1970; Rubenstein, Shaver, 1982; Rubenstein, 1983), Redbook (Levin, Levin, 1975; Tavris, Sadd, 1977; Sarrel, Sarrel, 1979); Ladies Home Journal (Shulz, 1980). Cosmopolitan (Wolfe, 1980) и Consumer Reports (Brecher et al., 1983). Объем выборок, служивших основой для этих

публикаций, гораздо больше, чем в других сексологических исследованиях; число опрошенных иногда превышает 100 000.

Изучить отношение к сексу или сексуальный опыт такого большого числа людей несомненно полезно, однако следует учитывать, что каждая выборка представляет собой небольшую часть читателей этих журналов и ее нельзя считать репрезентативной для жителей США в целом. Ведь читатель Red Book или Cosmopolitan наверняка отличается по личностным характеристикам от читателя Family Circle или Good House Keeping; кроме того, люди, выписывающие журналы, более обеспечены и лучше образованы, чем те, кто журналов не читает. Вот почему приведенные в журнальных обзорах данные несколько смещены. Нельзя забывать и том, что не все люди заполнили предложенные анкеты, многие отказались сделать это. Искаженные представления о сексуальности могут возникнуть и из-за того, что люди, удовлетворенные своей сексуальной жизнью, скорее согласятся заполнить анкеты, чем те, кто имеет сексуальные проблемы. И еще одно обстоятельство: невозможно отличить правдивые ответы от неискренних. Читатели, недовольные тем, что их любимый журнал уделяет много внимания сексуальной тематике, могут дать выход своему возмущению, послав намеренно лживые ответы, с тем чтобы исказить результаты исследования. Насколько сильное влияние окажет этот источник смещения (или, например, плохая память) на выводы, содержащиеся в таких обзорах, трудно оценить.

СООБЩЕНИЯ ХАИТ: 1976, 1981 и 1987гг.

Шир Хаит провела три обследования, сенсационные результаты которых вызвали серьезные дискуссии среди сексологов. Первое ее сообщение (Hite, 1976) основывалось на данных, полученных при анкетировании 3019 женщин. Во втором обследовании (Hite, 1981) аналогичные анкеты были предложены 7239 мужчинам. В третьем сообщении - "Женщины и любовь" (Hite, 1987) - представлен анализ ответов, полученных от 4500 женщин. Оно заслуживает особого внимания, потому что 84% опрошенных женщин высказывали глубокую неудовлетворенность своими мужьями и любовниками, а 70% женщин, состоявших в браке 5 лет и более, "занимались сексом на стороне".

Методы исследования, используемые Хаит, подверглись резкой критике со стороны ряда специалистов, причем особенно сильные нарекания вызывало формирование выборок. Да, число людей, получивших анкеты, было велико, но процент ответивших на самом деле оказался очень низким: только 3% в работе 1976 г., 65% - в сообщении 1981 г. и 4,5% - в публикации 1987 г. и хотя для увеличения разнообразия выборки Хаит расширила основной контингент испытуемых за счет пожилых респондентов, имеющиеся цифры не позволяют считать полученные данные репрезентативными. По мнению Апфельбаума (Apfelbaum, 1982), "это вполне приемлемый способ расширить круг респондентов, но считать, как это делает Хаит, что при этом увеличивается репрезентативность данных, то же самое, как если бы, проводя анализы крови, добавлять к пробе некоторое количество эритроцитов". Еще одним доказательством нерепрезентативности выборок Хаит служит то, что среди женщин, участвовавших в ее первом исследовании (1976), только 35% были замужними (примерно вдвое меньше, чем в популяции в целом).

Исследования Хаит имеют и другие недостатки: ей не удалось представить свои данные в ясной количественной форме и провести статистический анализ результатов (Gould 1981; Robinson, 1981; Smith 1980). Таким образом, эти работы носят несколько описательный характер, что затрудняет оценку их результатов. Однако данный недостаток можно рассматривать и как достоинство: читатели находят в книгах Хаит множество живо

написанных размышлений о сексе и сексуальном опыте, чего не встретишь в строго научных изданиях.

Критики указывают также на то, что в анкетах, предлагаемых Хаит, вопросы часто носят наводящий характер. Вот например, вопрос № 132 в анкете для мужчин: "Сознаете ли вы, что именно в ваших действиях что-то не так, если женщина не испытывает оргазма от полового акта. Может быть, вы недостаточно сильный или умелый мужчина?

Большинство сексологов содрогнулись бы от подобной постановки вопроса, поскольку она провоцирует определенный ответ, что характерно для многих данных, полученных Хаит. (Было бы лучше задать вопрос в более нейтральной форме: "Как вы себя чувствуете, если женщина при половом акте с вами не испытывает оргазма?" А затем уточнить, чувствует ли мужчина виноватым себя или же считает, что это проблема его партнерши.) Таким образом, по ряду причин к трудам Хаит следует относиться очень осторожно.

БЛУМШТЕЙН И ШВАРЦ: 1983 г.

Одно из самых интересных и сложных обследований релятивной сексуальности (взаимоотношения любовь-дружба) было проведено двумя социологами - Филиппом Блумштейном (Philip Blumstein) и Пеппером Шварцем (Pepper Schwartz). Эти авторы вербовали участников различными способами, широко используя объявления о своих исследованиях по радио и телевидению. В результате их анкеты были разосланы 11 000 гетеросексуальных пар, а возврат составил примерно 55%. В конечном счете в выборку вошло 4314 гетеросексуальных пар (в том числе более 650 пар, живущих вместе, но не состоящих в браке) 969 пар геев и 788 пар лесбиянок. Помимо анализа полученных анкет, Блумштейн и Шварц провели индивидуальные интервью со 129 гетеросексуальными парами, 98 парами геев и 93 парами лесбиянок, случайно отобранными из общей выборки. Спустя 18 мес исследователи разослали повторные анкеты всем участникам, с которыми были проведены интервью, и более чем 40% пар, входивших в первоначальную выборку.

Результаты данного обследования были опубликованы в 1985 г. в книге "Американские пары". К достоинствам книги следует отнести: 1) использование обширной и разнообразной выборки, охватывавшей всю страну; 2) детальное сравнение супружеских пар, гетеросексуальных пар, не состоящих в браке, а также мужчин и женщин гомосексуальных пар; 3) хорошо составленную анкету, позволившую собрать информацию о многих внесексуальных взаимоотношениях (например, связанных с работой или бизнесом), проливающих свет на сексуальные установки и сексуальное поведение; 4) включение повторных исследований в программу обследования. Главным недостатком работы Блумштейна и Шварца является то, что выборка, несмотря на ее объем и разнообразие, неслучайна и нерепрезентативна; пожилые люди, расовые меньшинства и представители рабочего класса представлены в ней явно недостаточно, а пары, живущие врозь, вообще отсутствуют. Кроме того, это исследование можно критиковать за некоторую поверхностность, а также за отсутствие информации по многим вопросам. Например, не было получено никаких данных о распространенности сексуальных фантазий, использовании садомазохистских приемов или о частоте сексуальных дисфункций. Тем не менее работу Блумштейна и Шварца следует считать одним из наиболее примечательных научных исследований, проведенных до сих пор в области секса.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ОСОБЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Определенное количество работ посвящено более узким, чем рассмотренные выше, темам. Мы коснемся нескольких из этих обследований как ввиду их новаторских подходов к разработке программ, так и потому, что они неоднократно упоминаются в дальнейших главах.

Две работы по сексуальности подростков

В 1973 г. социальный психолог Роберт Соренсон опубликовал результаты важного исследования сексуальности подростков в книге "Сексуальность подростков в современной Америке" (Sorenson, 1973). В его выборку входило 2000 семей, выбранных случайным образом в городах и сельской местности. Конечное число обследованных подростков составило всего 411 человек, так как многие родители не дали согласие на участие своих детей в интервью, а в некоторых случаях от этого отказывались сами подростки, несмотря на согласие родителей; тем не менее Соренсону удалось получить ответы от 50% подростков, представляющих выборку, репрезентативную для масштабов всей страны, а это следует считать большим достижением. Однако при интерпретации данных Сорен-сона следует помнить, что они неприложимы ни к подросткам, которым родители не разрешили участвовать в обследовании, ни к тем молодым людям, которые сами отказались от участия в нем. Результаты Соренсона в наибольшей степени относятся к подросткам из либеральной, а не консервативной среды. Несмотря на эти недостатки, работу Соренсона высоко оценивают многие исследователи, полагающие, что она, подобно обследованию Хаит, представляет собой значительный шаг вперед в отношении формирования выборок. К достоинствам работы Соренсона следует отнести и исключительно хорошо составленную анкету, позволившую проникнуть в проблемы сексуальности подростков гораздо глубже, чем любое из предшествующих исследований.

В дальнейшем это направление было продолжено Мельвином Зельником и Джоном Кантнером (Melvin Zelnik, John Kantner) из университета Джона Гопкинса. Их сообщения о сексуальном поведении и отношении к противозачаточным средствам 15-19-летних незамужних женщин имели много достоинств. Трижды - в 1971,1976 и 1979 гг. - им удалось получить выборку, репрезентативную для всей страны. В обследовании 1971 г. участвовали 4932 женщины, а в обследовании 1976 г. - 1886 женщин. Выборка 1979 г. была расширена за счет включения 1717 женщин в возрасте от 15 до 19 лет и 917 мужчин в возрасте от 17 до 21 года, но она была ограничена только жителями больших городов.

Работа Зельника и Кантнера обращает на себя внимание и по ряду других причин: 1) выборки формировались таким образом, чтобы получить как можно более полную информацию по женщинам, принадлежащим к черной расе (среди женщин, обследованных в 1971 и 1974 гг., соответственно, 1339 и 654 были черными); 2) анкета, которой пользовались исследователи, была хорошо продумана и предварительно испытана; 3) для анализа использовали сложные статистические методы; 4) проведение повторных интервью повышало надежность получаемой информации. Кроме того, использование в основном одних и тех же методов формирования выборок трижды на протяжении 10 лет давало возможность выявить тенденции в сексуальном поведении подростков и в их отношении к противозачаточным средствам более точно, чем это удалось сделать другим.

Наряду с явными достоинствами работы Зельника и Кантнера содержат некоторые недостатки. Так, в их обследованиях 1971 и 1976 гг. не участвовали подростки мужского пола, хотя, разумеется, исследователи не могли не понимать, какую важную роль в возникновении нежелательных беременностей у несовершеннолетних играют сексуальные установки и отношение к противозачаточным средствам именно партнера.

Авторов не интересовала сексуальная активность в форме иной, нежели половой акт. И наконец, хотя Зельник и Кантнер первоначально предполагали проводить проспективное исследование, т.е. многократно обследовать одну и ту же группу субъектов на протяжении определенного времени, впоследствии они отказались от этих намерений из-за недостатка средств (Zelnik, Kantner, Ford, 1981).

Два исследования гомосексуальности

В 1978 г. институт Кинзи вновь привлек к себе внимание всей страны, опубликовав результаты исследования по гомосексуальности, проведенного психологом Аленом Беллом и социологом Мартином Вейнбергом (Bell, Weinberg), в книге "Гомосексуальность. Изучение ее разных форм у мужчин и женщин". Спустя несколько лет был опубликован следующий том "Сексуальные предпочтения. Их развитие у мужчин и женщин" (Bell, Weinberg, Hammersmith, 1981), основанный изданных, собранных в процессе того же обследования.

Белл и Вейнберг, работавшие почти десять лет благодаря финансовой поддержке Национального института психического здоровья, проводили свои исследования в районе залива Сан-Франциско. С помощью объявлений в газетах, в барах, и бассейнах, а также рассылки писем по спискам, имеющимся в организациях геев, они создали выборку гомосексуалов, состоящую из 4639 человек обоего пола. Углубленные интервью удалось провести с 979 лицами, среди которых было 575 белых и 111 черных гомосексуалов, 229 белых и 64 черных лесбиянок. Для сравнения использовали группу из 477 гетеросексуалов, состав которой соответствовал выборке гомосексуалов по возрасту, расе, половой принадлежности и образованию.

Каждое интервью занимало от 2 до 5 ч и содержало 528 отдельных вопросов. Большое внимание было уделено обучению сотрудников, проводящих опрос, с тем чтобы полученная информация была как можно более надежной. Спустя 6 мес после первого интервью многих участников обследования опрашивали вновь, чтобы убедиться в достоверности ответов.

Хотя обследование Белла и Вейнберга имеет много сильных сторон, необходимо указать, что их выборка не очень репрезентативна для гомосексуалов США в целом. Выбирая для проведения своего исследования Сан-Франциско, где к гомосек-суалам относятся гораздо более терпимо, чем в большинстве других городов США, Белл и Вейнберг сознательно рисковали репрезентативностью выборки во имя относительной легкости ее формирования. В результате среди опрашиваемых преобладали гомосексуалы с либеральными установками и склонностью к политической активности, но было мало таких, которые держали в тайне свою сексуальную ориентацию. Возможно также, что выборка, взятая в районе Сан-Франциско, больше подвержена злоупотреблению наркотиками. Это обстоятельство могло исказить результаты, вводя в исследование непредусмотренные переменные.

Два исследования сексуальности у людей пожилого возраста

Мы закончим этот обзор исследований кратким рассмотрением двух работ, посвященных сексуальности пожилых людей. Сообщение Старра и Вейнера о сексе и сексуальности в зрелом возрасте (Starr, Weiner, 1981) основано на результатах обследования беспорядочно сформированной выборки, в которую входило 200 человек старше 60 лет. Большинство из

них согласились участвовать в опросе, прослушав лекцию авторов; другие узнали об этом случайно или от коллег. Результаты этого обследования представляют определенный интерес, поскольку надежных данных о сексе у пожилых людей мало; однако с научной точки зрения оно далеко от идеала, что объясняется небрежным формированием выборки и плохой статистической обработкой результатов. Дополнительное влияние на объективность данных, возможно, оказал тот факт, что, прослушав лекцию Старра и Вейнера, некоторые респонденты давали ответы, подтверждающие услышанное, умалчивая о том, что не соответствовало высказанным утверждениям. Более надежные данные содержит обследование сексуальности у людей среднего и пожилого возраста, опубликованное Джорджем и Вейлером (George, Weiler, 1981). Эти авторы правильно указывают, что подлинное понимание воздействия возраста на сексуальность возможно лишь при использовании проспективного подхода. Они проводили свои исследования с группой из нескольких сот мужчин и женщин, выбранных из списков местной страховой компании, анкетируя их через каждые два года в течение 8 лет. Опубликованные результаты основывались на данных по 278 индивидам, остававшимся в браке на протяжении всего этого периода. Благодаря проспективному подходу результаты этой работы (более подробно они рассматриваются в гл. 10) гораздо более достоверны, чем данные большинства исследований о сексе и старении.

Метод наблюдения

Этот метод предполагает либо прямое наблюдение за изучаемым событием, либо регистрацию данного события с помощью какого-нибудь прибора. Такой способ сбора данных позволяет избежать субъективности самих испытуемых. Наблюдения можно проводить либо в лабораторных условиях, либо в естественной обстановке. Последний метод известен под названием полевого исследования и используется обычно социологами и антропологами. Полевые исследования можно проводить почти в любом месте: сексологические исследования проводились, например, на островах южных морей, в барах, посещаемых геями, в массажных кабинетах, в студенческих общежитиях и во многих других местах.

Для того чтобы полевые или другие исследования, проводимые путем наблюдений, дали значимые результаты, нет необходимости прибегать к рандомизированным выборкам; надо лишь, чтобы выборка была достаточно разнообразной. К исследованиям этого типа близок метод "Наблюдатель-участник", при котором ученый, наблюдающий за каким-то событием, одновременно участвует в нем. Два хорошо известных примера использования этого метода - участие Бартелла в обмене сексуальными партнерами (Bartell, 1971) и гомосексуальный контакт в общественном месте со случайным партнером (Humphreys, 1970).

РАБОТЫ МАСТЕРСА И ДЖОНСОН ПО ФИЗИОЛОГИИ СЕКСУАЛЬНОСТИ

Как уже упоминалось в гл. 1, книга "Сексуальные реакции человека" (Masters, Johnson, 1960) была первым исследованием, в котором подробно анализировали физиологические проявления сексуального возбуждения у человека. Чтобы получить общее представление о характере сексуальной реакции, Мастерс провел опрос 18 проституток-женщин и 27 проституток-мужчин. Затем в лаборатории установили приборы, традиционно используемые для физиологических исследований, такие, как электрокардиограф (для регистрации частоты и ритма сердечных сокращений) и электромиограф (для оценки напряжения и сокращения мышц во время полового акта). Кроме того, было изготовлено

специальное приспособление , позволяющее наблюдать и регистрировать изменения, которые происходят во влагалище при сексуальном возбуждении - искусственный половой член из прозрачной пластмассы. Это приспособление было устроено таким образом, что пользующаяся им женщина могла регулировать частоту фрикций и глубину введения. Затем Мастерс и Джонсон проверили эффективность своего прибора на небольшой группе проституток, которые были первыми испытуемыми в их исследовании.

Поскольку Мастерс и Джонсон понимали, что для изучения нормальной физиологии сексуального возбуждения наблюдений над сексуальными реакциями проституток недостаточно, они стали подбирать группу из членов местного академического сообщества (Маловероятно, что строение половых органов проституток вполне нормально, поскольку они часто страдают венерическими болезнями и делают аборты (в те времена аборты были запрещены и потому небезопасны). Кроме того, высокая частота половых контактов повышала вероятность того, что по своей сексуальной физиологии они отличаются от других людей, подобно тому, как сердечно-сосудистые реакции профессиональных спортсменов отличаются от таковых у обычных людей.). По мере того как слухи о готовящемся исследовании стали распространятся, круг добровольцев расширялся, и в конечном счете выборка составила 882 женщины (в возрасте от 18 до 78 лет) и 312 мужчин (от 21 до 89 лет).

Важно представлять себе, что люди, добровольно согласившиеся, чтобы за ними не только наблюдали во время их сексуальной активности, но и проводили определенные измерения, безусловно нетипичны хотя бы потому, что сочли возможным участвовать в таком исследовании. Чтобы устранить влияние этого фактора, создающего одно из главных осложнений, Мастере и Джонсон подолгу беседовали с каждым потенциальным испытуемым, выясняя его психологическую устойчивость и причины, побудившие согласиться на участие в эксперименте.

Добровольцев заверили, что конфиденциальность и анонимность их участия в исследовании обеспечена. Оказалось, что меры предосторожности были вполне обоснованы. Врачи и медицинские сестры стали собираться в коридорах вблизи лабораторий, стараясь разглядеть входивших и выходивших оттуда людей. Особо любопытные прикладывали стетоскопы к наружной стене лаборатории, пытаясь услышать, что происходит внутри. По счастью Мастерс и Джонсон предвидели необходимость строжайших мер секретности и позаботились о полной звуконепроницаемости своих помещений; тем не менее им пришлось проводить работу в вечернее время, чтобы избежать скопления зевак.

После того как пара испытуемых давала согласие на участие в работе и после проведения с ними необходимых интервью, им предоставляли возможность освоиться с лабораторной обстановкой. Сначала экспериментаторы показывали им оборудование и комнату, а затем просили совершить половой акт в лаборатории в отсутствие наблюдателей и без подсоединения к приборам. Это "практическое занятие" имело целью помочь испытуемым устранить нервозность и дискомфорт, хотя вряд ли можно считать, что такое "практическое занятие" вполне соответствует обычному половому акту.

В процессе настоящего исследования изучалась реакция людей при самых разных видах половой активности (мастурбация, стимуляция половых органов партнером, орально-генитальная стимуляция и половой акт). Учитывая вариабельность реакций партнеров, большинство испытуемых участвовали в эксперименте по нескольку раз. В общей сложности проанализировано более 10 000 циклов сексуальных реакций, завершавшихся оргазмом.

Некоторые критики относились к физиологическим исследованиям Мастерса и Джонсон с недоверием, поскольку ту выборку нельзя было считать репрезентативной для популяции в целом; однако большая часть данных по физиологии нормальных функций (таких, например, как зрение, пищеварение и т.п.) получена именно на нерепрезентативных выборках, состоящих из здоровых людей. Так, физиологи, занимающиеся двигательными функциями, не слишком озабочены случайностью выборки при изучении работы мышц, а врачи-пульмонологи не стремятся получить случайную выборку, если им нужно выявить анатомические и физиологические подробности дыхания.

Работы Мастерса и Джонсон критиковали также на том основании, что искусственная обстановка лаборатории могла искажать реакции испытуемых. Представить прямые доказательства, подтверждающие справедливость такой критики или опровергающие ее, невозможно, однако успешное применение результатов исследований Мастерса и Джонсон в сексотерапии, создании противозачаточных средств, при консультациях по поводу бесплодия, а также в половом воспитании ослабляет значимость этой критики.

Специальные исследования

Специальные исследования представляют собой углубленное и подробное исследование одного или нескольких человек на фоне какого-либо специфического состояния (например, алкоголизма) или особых обстоятельств (например, жертвы изнасилования). В отличие от обследований, проводимых в форме интервью и занимающих обычно несколько часов, специальные исследования в большинстве случаев требуют изучения на протяжении нескольких недель или месяцев. Этот метод был широко распространен на заре сексологии, когда его усиленно применяли Крафт-Эбинг, Эллис и Фрейд. В наши дни тоже нередко публикуют такого рода исследования, но значение их, как правило, невелико. Описание единичного случая - это фактически всего лишь интересная история. Другая проблема состоит в том, что объективность специальных исследований зависит не только от того, насколько точно и правдиво рассказывает о себе сам человек, но и от того, как воспримет его рассказ исследователь, что он в нем "увидит". Кроме того, больной нередко чувствует, какого рода информации от него ждут и особенно подробно излагает именно этот материал, чтобы заслужить похвалу. Определенная направленность интересов исследователя может также оказывать влияние иного рода: психолог, проводивший углубленное изучение причин затруднений с эрекцией у одного 28-летнего больного, затратил много часов на проведение психологических тестов и на интервью с самим больным, его женой и другими членами семьи, но пренебрег чисто медицинской стороной обследования, поскольку она интересовала его мало. В конечном же счете обнаружилось, что причина сексуальной дисфункции в этом случае был рассеянный склероз, и психологу пришлось отказаться от публикации статьи, написанной им об этом случае.

Клинические исследования

Клиническое исследование обычно представляет собой испытание эффективности определенного способа лечения. Изучение отдаленных результатов часто проводят с использованием контрольной группы испытуемых, не получающих никакого лечения. К клиническим исследованиям относится также изучение эпидемиологии, или распространенности в данной популяции какого-то явления (например, болезни, передающейся половым путем, или половой дисфункции). Изучение отдельных случаев заболевания позволяет исследовать его естественное (в отсутствие лечения) течение или выявить причины.

Один из наиболее известных примеров клинического исследования в области сексологии - книга "Сексуальная неполноценность человека" (Masters, Johnson, 1970), в которой описаны результаты сексотерапии 790 пациентов. За многими из них велись наблюдения в течение 5 лет после окончания курса терапии. Хотя это исследование подвергалось критике в методологическом аспекте (Zilbergeld, Evans, 1980), на сегодня большинство сексологов считают его крупным научным достижением.

Экспериментальные исследования

При экспериментальных исследованиях для выявления эффекта конкретного фактора ученый изменяет его, тщательно сохраняя все остальные параметры на прежнем уровне. Используя такой метод, научные работники в известном смысле моделируют ситуацию, которую они хотят изучить. Одно из достоинств этого метода состоит в том, что он позволяет выявить причинно-следственные связи, которые нельзя обнаружить другими способами.

Экспериментальный подход используют для изучения многих аспектов сексуального поведения (например, сексуальной реакции при разглядывании эротических материалов, см. гл. 14), воздействия алкоголя на половое возбуждение (см. гл. 19) и эффективности различных форм сексотерапии. Экспериментальный метод применяют также для изучения воздействия полоролевой ориентации на поведение, природы предменструального синдрома, влияния полового воспитания на частоту нежелательных беременностей у подростков, а также факторов, которые могли бы препятствовать возникновению сексуальных проблем.

Хотя экспериментальный метод применим для изучения многих ситуаций, он обладает рядом недостатков. Один из главных его недостатков состоит в том, что в лабораторных экспериментах часто изучаются искусственные ситуации, а поэтому сделанные выводы могут оказаться неприло-жимыми к спонтанному поведению и ощущениям в реальной жизни. Другая проблема - смещение, обусловленное специфическими особенностями добровольцев. Наконец, исследователи не всегда могут быть уверены, что они в состоянии обеспечить должный контроль над всеми переменными, влияющими на изучаемое явление. Если, например, изучение сексуального возбуждения у мужчин в ответ на демонстрацию эротического фильма проводится в комнате, в которой кондиционер вышел из строя, то весьма вероятно, что на результаты эксперимента повлияет температура. Если исследователь не учитывает эту возможность, то заключения, сделанные им на основании реально полученных результатов, окажутся неверными.

Еще раз о факторах, ограничивающих возможности научных исследований
Необъективность в изучении сексуальности (и в научных исследованиях вообще) имеет много источников. Успех лечения при клиническом испытании какого-либо метода может быть обусловлен дополнительным вниманием к пациенту, а не самим лечением, ситуация известная в науке под названием "эффект плацебо". Установки исследователя, его предвзятое мнение оказывают влияние на выбор метода исследования, специфику задаваемых вопросов и интерпретацию данных. Исследователи могут "не увидеть" чего-то, что не совпадает с их взглядами на проблему, или же, напротив, "увидеть" несуществующие события, хорошо соответствующие созданной ими модели (Barber, 1976).

Индивидуальные качества исследователя - его личность, внешность, дружелюбие, возраст - могут привести к искажению результатов исследования. Например, в одном исследовании сексуальной функции у молодых мужчин с повреждениями спинного мозга

интервью с ними проводили медицинские сестры (Bars, Camarr, 1960); возможно, что при этом молодые люди несколько преувеличили свои сексуальные способности, чтобы произвести впечатление на сестер или не смущаться самим. Если бы интервью проводили мужчины, то полученные данные могли бы оказаться несколько иными. Другой пример: в опросах, проводившихся афроамериканцами, ответы испытуемых о расовых предрассудках отличались от тех, которые они давали белым интервьюерам (Summers, Hammonds, 1966).

Анкеты полезны с точки зрения экономии времени и денег. Однако они имеют ряд недостатков. Их можно предлагать только тем испытуемым, которые умеют читать и писать; они должны быть составлены таким образом, чтобы респонденты не теряли к ним интерес или не утомлялись; анкеты не дают возможности провести углубленный анализ смысла или нюансов ответов (Labowitz, Hagedorn, 1976). Вообще обследования, независимо от того, проводятся ли они с помощью анкет или интервью, имеют один общий недостаток; ответы на вопросы обычно отражают мнение, установки или ощущения, относящиеся к поведению, но они не всегда выявляют именно то поведение, изучению которого посвящена данная работа. Нет ничего плохого в изучении установок или восприятия, но научная точность определенно не выигрывает от смешения факта с ощущением.

Наблюдения и эксперименты обычно требуют больших затрат денег и времени, чем обследования. При использовании любого из этих методов условия, в которых проводится исследование, могут повлиять на наблюдаемое поведение. Даже после того как испытуемые освоятся с лабораторной обстановкой, приборами, используемыми для мониторинга или измерения их реакций, маловероятно, что они будут чувствовать себя такими же раскованными, и их реакции будут такими же спонтанными, как если бы они находились у себя дома. Во всех случаях, когда испытуемым известно, что за ним следят, их поведение меняется. То же самое относится и к экспериметальным исследованиям: испытуемый может стараться реагировать так, как, по его мнению, "хочет" экспериментатор, или так, чтобы у экспериментатора создалось такое впечатление об испытуемом, какого желает последний. Изменение поведения людей, знающих о том, что они участвуют в эксперименте, названо "эффектом Хоторна".

Достоверность и воспроизводимость результатов

Подробное обсуждение методов статистического анализа выходит за рамки этой книги, однако важно привлечь внимание к одному моменту. Во многих сообщениях бывает указано, что результаты подвергнуты статистической проверке на достоверность; это означает, что результаты вряд ли могут оказаться случайными. Чаще всего используется 5%-ный или более низкий уровень достоверности (p меньше 0,05); это означает, что вероятность возникновения полученных результатов чисто случайным образом составляет 1 к 20 или менее. Хотя такое соотношение кажется внушительным, статистическая достоверность результатов не гарантирует их абсолютную надежность. Гораздо важнее правильно составить программу исследований, свести до минимума искажения результатов и несколько раз их воспроизвести. Если кто-то другой повторил данное исследование, применяя те же самые методы, и получил аналогичные результаты, то можно с большей уверенностью заключить, что эти результаты верны. Следует, однако, сделать одну оговорку. Если два независимых исследователя используют один и тот же метод и воспроизводят одни и те же искажения результатов, то их заключения могут быть одинаковыми, но тем не менее ошибочными. Мы уже обсуждали работы по гомосексуализму, проводившиеся до 1957 г.: многократно изучая неадекватные выборки (заключенных и душевно больных), исследователи приходили к выводу, что среди

гомосексуалов много лиц, неспособных к социальной адаптации, и больных. Результаты более поздних работ, в которых не было такого смещения выборки, оказались совершенно иными.

Исследователь может столкнуться и с множеством других трудностей, однако перечисление их длинного списка вряд ли поможет достижению наших целей. Полезно помнить, что научная работа - всего лишь один из способов познать этот мир, но не единственный и необязательно наилучший. Помните, научное исследование - это только возможность приблизиться к фактам. Ознакомление с исследованиями в области сексологии позволит вам узнать многое, но то же самое относится к клиническим исследованиям, личному опыту, литературе, искусству и культуре в целом. Ни один аспект сексуальности человека не обладает монополией на истину.

ПОДГЛЯДЫВАЮТ ЛИ СЕКСОЛОГИ В ЗАМОЧНУЮ СКВАЖИНУ?

Обширные данные по сексуальному поведению человека, собранные Кинзи и его коллегами (Kinsey, 1948, 1953), в настоящее время по ряду причин сильно устарели. Назовем лишь некоторые из этих причин: исследования Кинзи проводились до появления противозачаточных таблеток и легализации абортов; отношение к сексу и статистика разводов во времена Кинзи сильно отличались от нынешних; половые роли за прошедшие 40 лет претерпели значительные изменения. Несмотря на это, за последние десятилетия ни одного обстоятельного обследования в масштабе всей страны проведено не было, хотя понимание современных тенденций в сексуальном поведении имеет критическое значение для борьбы с эпидемией СПИДа (Kolodny, 1983; Masters, Johnson, Kolodny, 1988; Abramson, 1990). В поддержку проведения сексологических обследований настойчиво высказываются многие влиятельные организации, среди которых комитет по изучению СПИДа, Совет по общественным наукам, национальная Академия наук и Институт здоровья.

Казалось бы, что при такой широкой поддержке необходимые исследования к настоящему времени должны были бы завершиться. Однако их проведению препятствуют многие консервативные политики и религиозные организации. По их мнению, научная поддержка и объявление нормальными таких форм поведения, как мастурбация или внебрачный секс, аморальны. В результате сложившейся тупиковой ситуации многое о сексуальном поведении на сегодня остается неизвестным. Сколько, например, бисексуалов, среди мужчин? Как широко в обществе распространены внебрачные половые связи? Ответы на эти вопросы имеют важнейшее значение для борьбы с эпидемией СПИДа.

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Впечатления участницы сексологического обследования

Следующие отрывки взяты из дневника 22-летней женщины, участвовавшей в качестве испытуемой в программе по изучению влияния менструального цикла на половую возбудимость женщины.

Я не очень-то понимаю, во что я ввязалась. Выходя из библиотеки, я увидела на доске объявлений обращение к женщинам, приглашающее принять участие в сексологическом обследовании. Мне это показалось любопытным; я записала телефон и другие сведения, а

потом в течение двух часов размышляла, следует ли мне звонить туда, Мои сомнения были частично связаны с тем, что я не вполне представляла себе, в чем будет состоять моя роль, но поскольку исследование проводилось в медицинской школе, была почти уверена, что мне не придется делать ничего недостойного или опасного. Поэтому я в конце концов позвонила и договорилась о встрече на следующий день, чтобы узнать о характере обследования и заполнить пару анкет. Все оказалось совсем просто, почти как записаться на прием к зубному врачу. Ночью я металась и ворочалась, прежде чем уснуть. Что я стану делать, думала я, если они захотят провести пробу, подобно тому как прослушивают команду клакеров? В чем же состоит моя роль? (Накануне по телефону почти ничего не было сказано - что это, секретность или их профессиональная практика?) Потом я начала думать: а что, если они меня забракуют? Немыслимое унижение! Наконец, мне удалось уснуть, но я проснулась очень рано и вынуждена признаться, что в момент написания этих строк - за час до того, как я отправилась на встречу - была совершенно не в себе.

Какое же это облегчение, что встреча уже позади! Как оказалось, нервничать в общем не стоило. Придя туда, я сначала заполнила короткую анкету, сообщив некоторые сведения о себе. Затем я познакомилась с женщиной, проводившей обследование (это был вовсе не высокий смуглый доктор, которого я воображала себе минувшей ночью); она объяснила мне содержание программы и ответила на мои вопросы. Затем я подписала документ, свидетельствующий о моем согласии участвовать в обследовании, после чего в течение 45 мин заполнила анкету, отвечая на вопросы о состоянии своего здоровья, менструальном цикле и о своей половой жизни.

Очевидно, мне предстоит пройти тесты в четыре разных дня, на разных стадиях менструального цикла. Я должна воздерживаться от употребления спиртных напитков и от половой жизни в течение не менее чем 48 ч перед каждым тестом. Насколько я могла понять, тест будет состоять в том, что я буду мастурбировать, находясь в отдельной комнате, а соответствующие приборы будут измерять возникающее при этом половое возбуждение с помощью маленького датчика, введенного мне во влагалище. Сегодня я видела этот прибор, и он показался мне не очень страшным. Если я доведу эксперимент до конца, то мне заплатят 100 долларов. По-моему это классно!

Ну, завтра наступит великий день! Мой первый "день в науке", как они это называют. Я не то, чтобы нервничаю, но в голову лезут всевозможные мысли. А вдруг я перестараюсь и оргазма не получится? Не помешает ли датчик возникновению возбуждения? А что, если мне будет настолько не по себе, что я даже не смогу возбудиться? Мне кажется, что такого рода волнения вполне естественны, но надеюсь, что у меня не возникнет никаких проблем.

Интересно, что Ларри сегодня вечером несколько расстроился, узнав, что мы не сможем заняться сексом. Я рассказала ему о программе несколько недель назад и он поддержал мое намерение участвовать в ней, однако теперь он, по-видимому, недоволен возникшим неудобством. Хотя я не совсем в этом уверена, но мне кажется, что он немножко ревнует (к машине?) или же просто пытается выступить в роли покровителя.

Все это оказалось сущей ерундой! Когда я пришла, моя нервозность была очевидна. Ладони были влажными, сердце немного колотилось, а движения были суетливыми, особенно когда я раздевалась в комнате, где проводились испытания. Я говорила себе: "Сейчас у тебя еще есть возможность все бросить, если ты хочешь"; однако ассистент, проводивший эксперимент, был так мил и спокоен, что я решила попробовать. Итак, я лежу в постели и слушаю тихую музыку, а во влагалище у меня находится этот маленький датчик (на пластиковой модели мне показали, как его туда ввести). Затем я нажимаю

кнопку, чтобы сообщить, что я начинаю мастурбировать. На минуту я подумала, нет ли у них какой-нибудь скрытой камеры, с помощью которой все они за мной наблюдают (отпуская непристойные шутки о моем теле или о том, как я мастурбирую); но вскоре в моем воображении разыгралась одна из моих любимых фантазий и я действительно ощутила сексуальное возбуждение. Я была очень довольна собой, потому что все оказалось так легко. Мне кажется, я мастурбировала 3-4 мин, после чего наступил чудесный оргазм; я полежала еще несколько минут, чтобы расслабиться, а потом встала, оделась и вышла в холл. Зайдя в другую комнату и заполнив там несколько коротких анкет, я договорилась прийти в следующий раз через неделю (примерно в то время, когда у меня должна наступить овуляция) и ушла. В общем и целом, несмотря на предшествовавшие волнения, все это прошло гораздо легче, чем я себе представляла.

ВЫВОДЫ

1. Успех сексологических исследований, как и любых других популяционных, зависит от репрезентативности выборки, а также от адекватности методов получения данных и их анализа.

2. Достойная доверия работа в области сексологии проводится в рамках этических норм, с соблюдением прав испытуемых и заботой об их интересах. Для этого необходимо получить информированное (осознанное) согласие потенциальных испытуемых и принять меры для сохранения конфиденциальности.

3. Разного рода смещения (посторонние влияния на результаты исследования) могут понизить ценность любого сексологического исследования. К наиболее распространенным причинам смещений относятся неправильное формирование выборки, неискренние ответы испытуемых, эффект плацебо и необъективность самого исследователя.

4. Наиболее популярный метод изучения сексуальности - обследование, которое проводят либо путем анкетирования, либо с помощью интервью. Анкеты более экономичны и лучше обеспечивают анонимность, а интервью позволяют глубже проникнуть в исследуемые проблемы. Обследования, однако, часто осложняются трудностью получения репрезентативной выборки в масштабах всей страны (лишь в очень немногих исследованиях удалось добиться этого), что может затруднить обобщение полученных результатов. Кроме того, успех обследования зависит от правдивости ответов респондентов на вопросы, содержащиеся в анкете или задаваемые лицом, проводящим интервью.

5. Оригинальные работы Кинзи, опубликованные в 1948 и 1953 гг., наглядно демонстрируют как сильные стороны метода обследования, так и связанные с ним проблемы. Несмотря на то, что Кинзи и его сотрудники располагали двумя очень обширными выборками, эти выборки не были ни случайными, ни репрезентативными, что вызывало у некоторых людей сомнения в достоверности полученных результатов. Впоследствии многие сексологи усовершенствовали методы формирования выборок, примененные Кинзи и его сотрудниками.

6. Для проведения наблюдений необходим либо наблюдатель, либо прибор, регистрирующий изучаемые события. Поворотным моментом в исследованиях такого рода послужили работы Мастерса и Джонсон, которые регистрировали физиологические особенности сексуальных реакций в лабораторных условиях. В полевых исследованиях используют метод, подразумевающий активное участие наблюдателя. Метод наблюдения

позволяет ученым избежать полной зависимости от того, насколько соответствует действительности информация испытуемых о самих себе. Однако смещение, связанное со специфическими особенностями добровольцев, и проблема искусственности (т.е. вопрос о том, в какой мере реакции испытуемых, наблюдаемые в лаборатории, соответствуют реакциям на те же события у себя дома) также делает этот метод несколько ненадежным и ограничивает его возможности.

7. Специальные исследования, т.е. углубленное освидетельствование одного или нескольких человек, находящихся в определенном состоянии или отличающихся каким-то особым признаком, обычно не могут служить хорошим источником научных "доказательств", потому что в них субъективность исследователя проявляется больше, чем при других формах научных исследований.

8. Клиническое исследование обычно состоит в испытании какого-то конкретного метода лечения, предложенного для того или иного определенного заболевания, и может складываться из специального обследования и соответствующих экспериментов. Результаты клинического исследования следует тщательно изучать, чтобы убедиться, что наблюдаемое улучшение действительно последовало в результате лечения, а не отражает эффект плацебо или произошло просто потому, что после начала болезни прошло какое-то время. К клиническим исследованиям, проведенным без сравнения с контрольной группой, следует относиться достаточно скептически.

9. Экспериментальные исследования дают ученым возможность выделить определенные переменные, оказывающие влияние на какое-либо состояние или поведение, и помогают установить причинно-следственные зависимости. Однако проводить экспериментальные исследования довольно трудно, они требуют больших затрат и не вполне свободны от ошибок.

Смещение, связанное со специфическими особенностями добровольцев, эффект присутствия экспериментатора и искусственность обстановки ограничивают ценность экспериментальных данных.

10. Оценивая в целом качество любого сексологического исследования, полезно обращать внимание на такие основные методологические параметры, как объем и характер выборки, способ сбора данных, тип проведенного эксперимента и обсуждение недостатков работы самим исследователем. Кроме того, полезно выяснить, не было ли проведено аналогичное исследование другими учеными, так как независимая проверка данных - одно из самых мощных средств, которое может предложить наука для подтверждения состоятельности того или иного исследования.

Вопросы для размышления

1. Известно, что Кинзи умер, "преисполненный горечью и разочарованием". Если бы вы могли побеседовать с этим человеком сегодня, как бы вы оценили значение его работы для современной науки?

2. Можно ли считать выводы сексологических исследований такими же достоверными и надежными, как результаты, получаемые в других областях социальных наук? Каковы возможные ощущения человека, когда сексолог сообщает о данных, отличающихся от собственного опыта этого человека?

3. Студент колледжа хочет выбрать тему по сексологии для обязательной курсовой работы. Следует ли преподавателю поддержать его намерения? Какой совет преподаватель должен дать студенту?

4. Что может побудить конкретно человека (или супружескую пару) согласиться на участие в исследовании, в котором посторонние люди наблюдают за сексуальной активностью и регистрируют ее проявления? Могли бы вы добровольно участвовать в таком исследовании? А если бы ваш партнер счел это возможным и попросил вас присоединиться к нему (или к ней), что бы вы ответили?

5. Недавно федеральное правительство отказалось финансировать масштабное сексологическое обследование, обосновав это тем, что результаты окажутся слишком противоречивыми. Полученные данные планировалось использовать для прогноза скорости распространения ВИЧ-инфекции среди населения. Согласны ли вы с тем, что результаты обследования были бы слишком "противоречивыми" в 1990-х гг.? Могло бы правительство США финансировать такое исследование, не опасаясь, что за это придется расплачиваться на политическом уровне? А если не могло бы, то почему?

6. Сексуальная активность подростков - предмет регулярно проводимых обследований, однако о сексуальной активности детей почти неизвестно. Следует ли субсидировать такие работы? Необходимо ли нашему обществу располагать объективными сведениями о сексуальности детей?

БИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СЕКСУАЛЬНОСТИ

Глава 3. Анатомия половой системы

Карин - 20-летняя студентка колледжа боится вступать в интимные отношения с мужчинами, так как считает, что у нее слишком маленькая грудь. Вот как описывает она свои чувства: "Я ненавижу смотреть на себя в зеркало или носить купальник, потому что вижу, какая я плоская. Мне будет стыдно, если парень дотронется до моей груди или увидит ее". (Из картотеки авторов.)

Брад - спортивный 17-летний юноша бросил занятия баскетболом, потому что считал, что у него слишком большие "груди". Он рассказал нам, что школьные приятели безжалостно дразнили его в раздевалке и в душе, спрашивая, когда же он купит себе бюстгалтер. Он боялся, что "может превратиться в женщину". (Из картотеки авторов.)

Двадцатипятилетняя супружеская пара проходила курс сексотерапии. Муж и жена рассказали, что при половом акте они прибегают к стимуляции клитора, но впоследствии выяснилось, что за клитор он принимает крупную бородавку на большой половой губе своей жены. (Из картотеки авторов.)

Группе из 80 студентов-второкурсников в первый день их занятий по сексологии был предложен тест по анатомии половой системы. Неверных ответов оказалось гораздо больше, чем правильных. (Из картотеки авторов.)

Как показывают эти примеры, многие из нас плохо представляют себе строение половых органов человека и при их упоминании испытывают чувство неловкости. Причин тому много: нас с детства приучают прикрывать эту часть тела одеждой; ребенка отчитывают или наказывают, если он трогает половые органы; ему не сообщают правильные названия этих органов и не поощряют разговоры или вопросы о сексе, а сравнение себя с кино- и телегероями создает практически недостижимые стандарты, может вызвать чувство ущербности. Все, что связано с половыми органами и сексуальными отношениями, с детства для нас окружено тайной, а потому волнует, возбуждает любопытство и стыд; однако ребенок быстро начинает понимать, что здесь кроется что-то, сулящее наслаждение.

Смешанные чувства, которые мы испытываем к этой части своего тела, отражаются в словах, которые мы используем, говоря о половых органах: некоторые из этих слов "приличные" и "литературные", тогда как другие "похабные" и "неприличные". Однако эти различия весьма условны. Поясним это на примере:

В Нигерии нравственные запреты, касающиеся секса, вводили миссионеры, употреблявшие только приличные слова. Эти-то слова и стали запретными. А непристойные выражения, которыми была пересыпана речь моряков, торговцев и другого простого люда, стала частью английской речи нигерийцев. В результате в наши дни на нигерийском телевидении запрещено произносить слова "половой акт", "пенис" или "влагалище", совершенно так же, как на государственных телевизионных студиях США запрещено произносить их нецензурные эквиваленты; между тем эти нецензурные по американским меркам выражения в Нигерии считаются нормальными и вполне приличными (Money, 1980).

В этой книге мы не используем непристойные выражения, связанные с сексом, потому что у многих людей это вызывает негативную реакцию. Расположенные в области таза половые органы (наружные половые органы и влагалище у женщин и половой член, мошонка и яички у мужчин) часто называют гениталиями.

Существует множество вопросов, касающихся строения половых органов, которые интересуют практически всех: каковы нормальные размеры полового члена? Следует ли считать патологией, если одна грудь у женщины меньше другой? Снижает ли обрезание сексуальное наслаждение? Свидетельствует ли большая грудь о страстности женщины? Считается ли аномалией, если одно яичко расположено ниже другого? Что такое клитор и где он находится? Чтобы дать ответы на эти вопросы, следует начать с описания анатомии половых органов. Основные сведения, необходимые для понимания физиологии половой системы человека, излагаются в гл. 4.

Нам все время стараются внушить, что наши тела нам не принадлежат. Наша "фигура" существует для того, чтобы ею любовался (потенциально) будущий супруг. Наша грудь - для того, чтобы "этот единственный в нашей жизни мужчина" гладил ее в минуты близости; для того, чтобы наши дети ее сосали, а наши врачи ее обследовали. Тот же принцип "руки прочь" в еще большей степени относится к влагалищу (Boston Women's Health Book Collective, 1976).

Всякий, кто наблюдал за детьми, знает, что маленькие девочки играют со своими половыми органами, точно так же как и со всеми другими частями собственного тела. Такое поведение вызывает у них приятные ощущения и кажется им интересным, но большинству детей быстро объясняют, что это "нехорошо" или "неприлично"; такие запрещения обычно высказываются, когда двух- или трехлетнюю девочку обучают "аккуратно подтираться" и "быть чистенькой". Негативный тон, которым все это говорится с самого раннего детства, убеждает девочек в том, что их половые органы это что-то ужасное и грязное (Hite, 1976; Long Laws, 1979; Barbach, 1980).

Одной из причин такого негативного отношения являются менструации. У некоторых народов этот период связан с целым рядом табу, требующих изоляции женщин, с тем, чтобы они не могли загрязнить еду, растения или людей (Delaney, Lupton, Torch, 1947). В нашем обществе, напичканном духами, дезодорантами, лосьонами и прочей косметикой, женщинам внушают, что запах их тела неприятен и его следует заглушать. Это привело к тому, что женщины стали усиленно применять "женские гигиенические дезодоранты", пока не выяснилось, что это нередко вызывает раздражение и зуд во влагалище.

Многие женщины не умеют правильно назвать разные части своей половой системы и показать, где они находятся. Трудно представить себе человека, который не может отличить глаза или нос от рта или подбородка, однако многие мужчины или женщины не имеют понятия о том, где находится у женщины мочеиспускательный канал, клитор или девственная плева.

Половая система женщины

Вульва

Наружные половые органы женщины, образующие вульву, состоят из лобка, больших и малых половых губ, клитора и промежности (рис. 3.1). Хотя у влагалища имеется

наружное отверстие (вход во влагалище, или introitus vaginal), это, в сущности, внутренний орган, который будет описан отдельно.

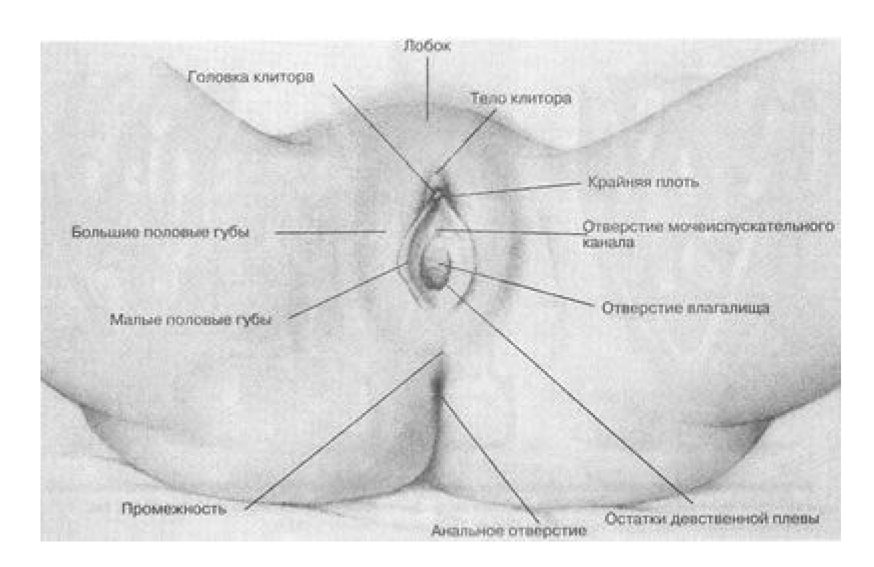


рис. 3.1 Вульва

Лобок

Лобок (mons veneris) расположен над лобковой костью и состоит из жировой ткани, покрытой кожей и волосами. В этой области имеется множество нервных окончаний, а поэтому прикосновение к ней и/или надавливание могут вызвать половое возбуждение. Многие женщины считают, что стимуляция лобка вызывает такие же приятные ощущения, как непосредственное прикосновение к клитору.

Половые губы

Большие половые губы (labia majora) образованы складками кожи, под которыми расположены толстый слой жировой ткани и тонкий слой гладких мышц. Боковые поверхности больших половых губ покрыты такими же волосами, как лобок. Эпидермис, покрывающий большие губы, содержит много потовых и сальных желез, а также нервных окончаний. В отсутствие сексуальной стимуляции большие половые губы обычно сомкнуты по средней линии, что создает механическую защиту для отверстия мечеиспускательного канала и входа во влагалище.

Малые половые губы (labia minora) похожи на изогнутые лепестки. Их сердцевина образована губчатой тканью, богатой мелкими кровеносными сосудами и не содержит жировых клеток. Кожа, покрывающая малые половые губы, лишена волос, но содержит много нервных окончаний. Малые губы сходятся над клитором, образуя кожную складку, называемую крайней плотью клитора (рис. 3.1). Эту область малых половых губ иногда называют женской крайней плотью.

Для большинства женщин половые губы - один из важных источников сексуального наслаждения, так как имеющиеся в них многочисленные нервные окончания относятся к сенсорным рецепторам. При инфицировании кожи, покрывающей половые губы, половой акт может стать болезненным; может также возникнуть зуд или жжение.

Наружные половые органы женщины сильно варьируют по внешнему виду. Различия касаются размера, формы и пигментации половых губ (несколько примеров представлено на рис. 3.2), цвета, текстуры, количества и распределения волос на лобке, внешнего вида клитора, преддверия влагалища и девственной плевы. Половые органы разных людей варьируют по своему строению так же, как строение их лица.





Рис. 3.2 Некоторые вариации во внешнем виде половых органов женщины

Рисунки Бетти Додсон отражают не только ее художественное видение, но и феминистское представление о том, сколь важно женщинам воспринимать свою сексуальную анатомию как нечто положительное, как источник наслаждения, а не стыда (Betty Dodson "Selflove and Orgasm", 1983).

Бартолиновы железы расположены в малых половых губах; каждая из них имеет небольшой проток, открывающийся на внутренней поверхности губы, вблизи преддверия влагалища. Некогда считалось, что эти железы играют главную роль в выработке смазки влагалища, однако теперь установлено, что те несколько капель секрета, которые они обычно выделяют при сексуальном возбуждении, лишь слегка увлажняют половые губы.

Клитор

Клитор, одна из самых чувствительных областей женских половых органов, расположен там, где сходятся верхушки малых половых губ. Головка клитора напоминает маленькую блестящую пуговку. Чтобы ее увидеть, надо осторожно отодвинуть крайнюю плоть (кожу), покрывающую клитор. Тело клитора (corpus clitoris) состоит из губчатой ткани, образующей две длинные ножки (crura) в форме перевернутой буквы V. Ножки направлены к тазовым костям (рис. 3.3). Клитор богат нервными окончаниями, что делает его очень чувствительным к прикосновению, надавливанию и температуре. Это уникальный орган, единственная известная нам функция которого заключается в том, чтобы концентрировать и накапливать сексуальные ощущения женщины (Masters, Johnson, 1970).

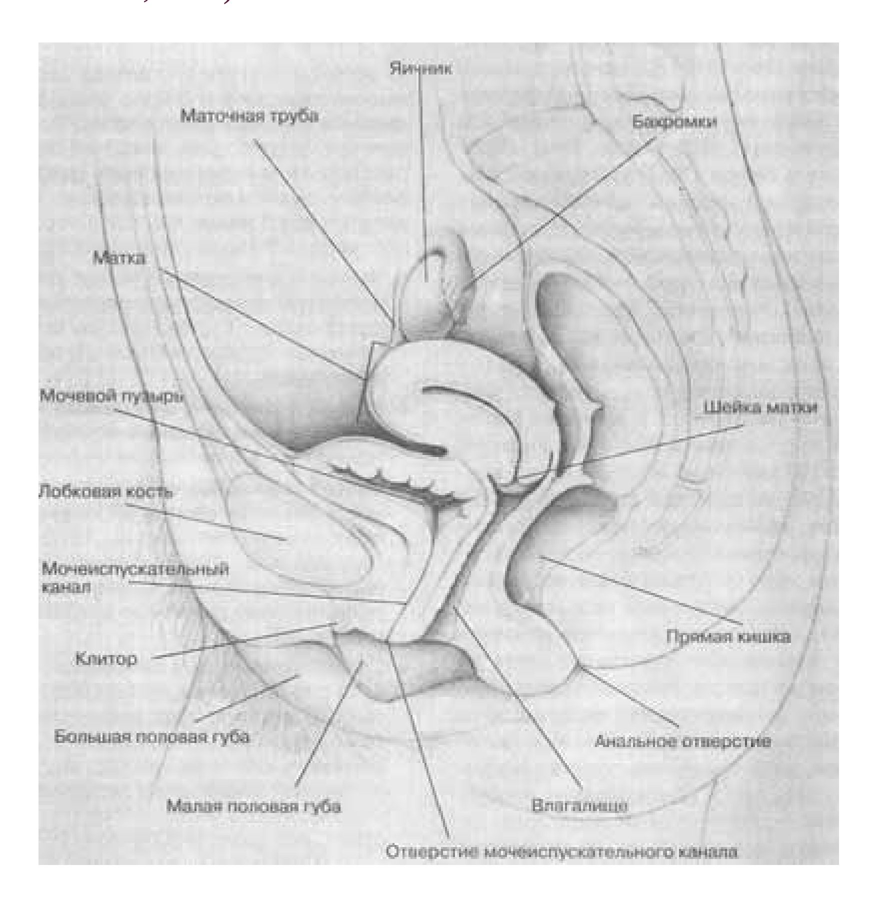


Рис. 3.3 Строение клитора

Клитор часто рассматривают как миниатюрный пенис, однако это сексуально окрашенное и неверное представление. Клитор не участвует ни в размножении, ни в мочеиспускании; он не удлиняется, в отличие от полового члена, при стимуляции, хотя тоже переполняется кровью. В процессе эмбрионального развития клитор и половой член образуются из одного и того же зачатка.

Величина и внешний вид клитора сильно варьируют, однако нет никаких данных, которые указывали бы на то, что большие размеры клитора способны создать более сильное сексуальное возбуждение. Вопреки мнению некоторых врачей, мастурбация редко приводит к увеличению этого органа.

Считается, что обрезание клитора - хирургическое удаление крайней плоти - усиливает сексуальную реактивность женщины, поскольку при этом становится возможным стимулировать головку клитора более непосредственно1. Мы полагаем, однако, что такая практика может помочь лишь в редких случаях, поскольку она имеет два больших недостатка: 1) головка клитора часто бывает слишком чувствительна к прямому

прикосновению, которое иногда вызывает даже боль или раздражение (в этом смысле крайняя плоть несет защитную функцию), и 2) во время полового акта введение полового члена во влагалище косвенным образом стимулирует клитор, приводя в движение малые половые губы, в результате чего крайняя плоть трется о головку клитора (Masters, Johnson, 1966). Некоторые сексологи рекомендуют для повышения сексуальной реактивности женщин менее радикальный способ, чем обрезание: с помощью зонда ослабляют адгезию между крайней плотью и головкой клитора или удаляют уплотнившуюся препуциальную смазку (смегму) (Graber, Kline-Graber, 1979). Мы встретились с очень небольшим числом случаев, в которых было необходимо такое вмешательство, и продолжаем скептически относиться к широкому применению этой процедуры.

Некоторые племена в Африке и Южной Америке практикуют хирургическое удаление клитора (клиторэктомию) как ритуальный обряд по достижении половой зрелости. По свидетельству одного врача в Египте до сих пор некоторых молодых девушек подвергают этой болезненной процедуре (Sexuality Today, № 3, 6 июня 1983). Хотя эту операцию называют "обрезанием клитора", по сути это совсем не то. Клиторектомия не нарушает половое возбуждение или оргазм, но и не способствует их усилению.

Именно по этой причине большинство женщин при мастурбации лишь поглаживают область вокруг головки клитора, избегая непосредственного его стимулирования. По-видимому, сторонники обрезания клитора (как ни странно, это обычно бывают мужчины) не уделили должного внимания данному обстоятельству.

Промежность

Промежностью (perineum) называют лишенную волосяного покрова область между задней частью половых губ и анальным отверстием (выходное отверстие прямой кишки). Этот участок нередко бывает чувствителен к прикосновению, надавливанию, температуре и может быть источником полового возбуждения.

Девственная плева

Вход во влагалище прикрыт тонким слоем ткани - девственной плевой (hymen). В девственной плеве, функции которой неизвестны, обычно имеются отверстия, через которые выделяется кровь во время менструации. Плева прикрывает вход во влагалище не полностью и варьирует по форме, размерам и толщине (рис. 3.4).

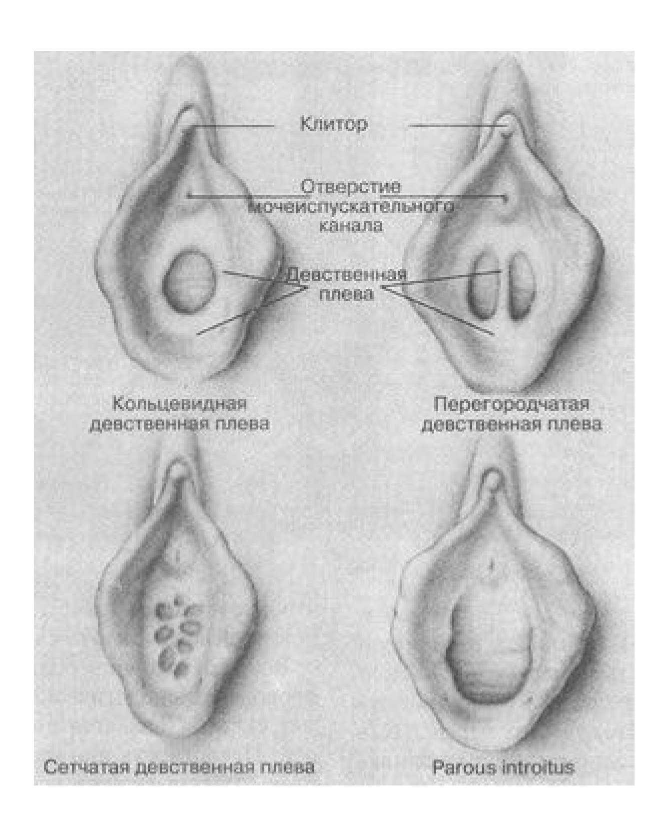


Рис. 3.4

Различные формы девственной плевы

Кольцевидная плева окружает отверстие влагалища; перегородчатая плева состоит из одной или нескольких полосок ткани, пересекающих отверстие влагалища; решетчатая плева целиком затягивает отверстие влагалища, но в ней имеется много мелких отверстий; parous introitus (отверстие влагалища рожавшей женщины) - видны только остатки девственной плевы.

В прежние времена девушка, вступавшая в брак, должна была иметь девственную плеву ненарушенной, что служило свидетельством ее невинности. Невесту, у которой девственная плева оказывалась разорванной, могли вернуть родителям, подвергнуть публичному осмеянию или телесному наказанию, а в некоторых странах даже приговорить к смерти (Ford, Beach, 1951). В наши дни невесты, желающие скрыть от своих будущих мужей прошлые сексуальные связи, обращаются к врачу, чтобы с помощью пластической операции восстановить девственную плеву.

Вопреки мнению большинства женщин врач, проводя гинекологический осмотр, не всегда может сказать, является ли пациентка девственницей. Целостность или нарушенность девственной плевы нельзя считать твердым признаком сексуального поведения женщины в прошлом. Плева могла быть разорвана или растянута в раннем детстве в результате различных упражнений или же введения во влагалище пальцев или каких-нибудь предметов. У некоторых женщин плева от рождения прикрывает вход во влагалище лишь частично или отсутствует вовсе. С другой стороны, половой акт не всегда приводит к разрыву девственной плевы; иногда она просто растягивается. В большинстве случаев первое половое сношение не бывает болезненным и не сопровождается сильным кровотечением. Волнение, связанное с происходящим событием, обычно достаточно велико, и давление, оказываемое на девственную плеву, оказывается недостаточным, чтобы нарушить ее целостность.

Влагалище

Влагалище (vagina) представляет собой внутренний орган, образованный мышечной тканью и расположенный по диагонали, под углом 45° к пояснице (рис. 3.5). В отсутствие сексуального стимулирования стенки влагалища спадаются. У нерожавшей женщины длина задней стенки влагалища составляет в среднем 8 см, а передней - 6 см.

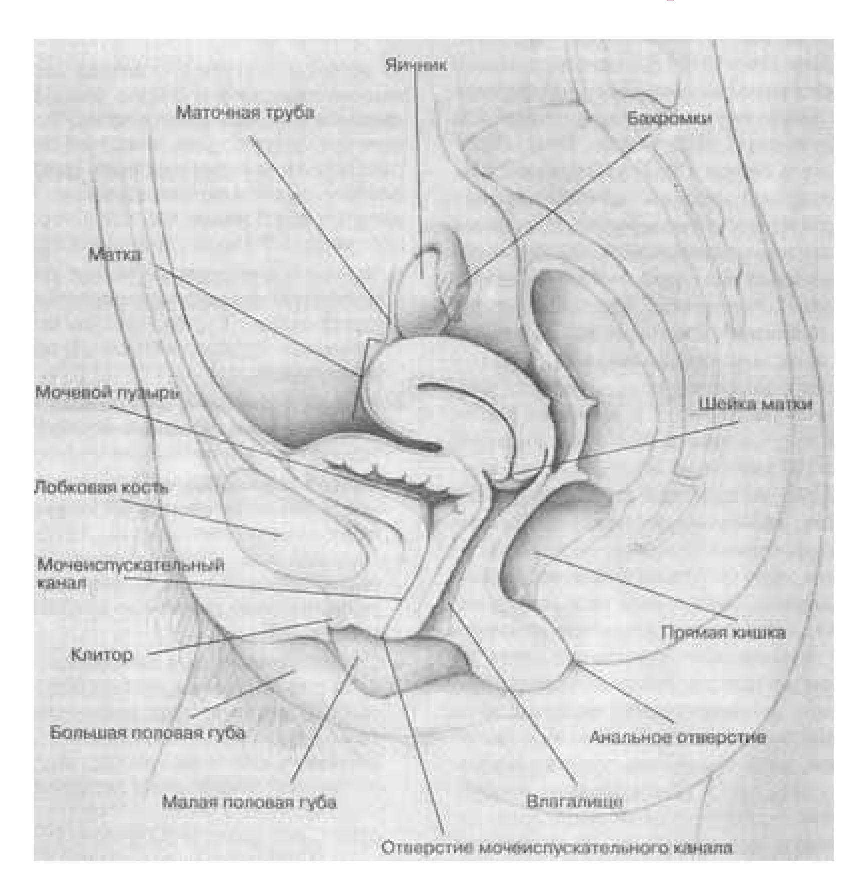


Рис. 3.5

Внутреннее строение женских половых органов (вид сбоку)

Влагалище подобно надувному шару, может изменять свою форму и размеры. Оно способно расширяться, создавая условия для прохождения головки ребенка при родах, или же сжиматься настолько, чтобы со всех сторон охватывать введенный в нее палец.

Несмотря на свою способность к сокращению, влагалище женщины не может охватить половой член во время полового акта так плотно, чтобы физическое разъединение стало невозможным. Склещивание, которое иногда имеет место у собак, обусловлено главным образом расширением бульбарной части полового члена.

Многих людей интересует зависимость между размерами влагалища и половым удовлетворением. Поскольку ширина влагалища одинаково хорошо адаптируется к большому или маленькому половому члену, несоответствие размеров половых органов мужчины и женщины редко бывает причиной осложнений в сексуальных отношениях. После родов влагалище обычно несколько расширяется и его эластичность до некоторой степени уменьшается. По мнению ряда авторов, в таких случаях могут помочь упражнения для укрепления мышц, поддерживающих влагалище, что будет

способствовать повышению сексуальной реактивности (Kegel, 1952; KJine-Graber, Graber, 1978).

"Упражнения Кегеля" состоят в сокращении тазовых мышц, поддерживающих влагалище, а именно луковично-пещеристой (bulbocavernosus) и лобково-копчиковой (pubo coccygeus). Эти же самые мышцы сокращаются, когда женщина прекращает мочеиспускание или сжимает влагалище, препятствуя введению тампона, пальца или полового члена. При упраженениях мышцы сильно сокращают на одну-две секунды, а затем расслабляют; для достижения максимальных результатов следует повторять такие сокращения по нескольку раз в день, производя всякий раз по 10 сокращений. Помимо укрепления мышц эти упражнения позволяют женщине познать себя. Однако в настоящее время не вполне ясно, повышается ли при этом сексуальная реактивность.

Внутренняя выстилка влагалища сходна со слизистой ротовой полости. Слизистая влагалища обеспечивает его увлажнение. Секреторных желез во влагалище нет, но оно богато кровеносными сосудами. Окончания сенсорных нервных волокон имеются у входа во влагалище, а в остальных его участках их сравнительно мало. В результате более глубокая часть влагалища (примерно две трети) относительно менее чувствительна к прикосновению или боли.

В последние годы не утихают споры по поводу существования на передней стенке влагалища (на полпути между лобковой костью и шейкой матки) некоего участка, особенно чувствительного к эротической стимуляции. Этот участок, названный зоной G (по фамилии немецкого врача Грефенберга, описавшего его в 1950 г.), в невозбужденном состоянии имеет размеры обыкновенной фасолины, но при стимуляции сильно увеличивается за счет набухания ткани (Ladas, Whiplle, Perry, 1982).

Ладас, Уиппл и Перри (1982) утверждают, что, обследовав более 400 женщин, они обнаружили зону G у каждой из них; по их мнению, прежде эта структура оставалась незамеченной, так как "в отсутствие возбуждения она очень невелика и ее трудно обнаружить". Эти данные противоречат результатам исследований, в которых позднее участвовала сама Уиппл: зона G была выявлена только у 4 из 11 женщин (Goldenberg et al., 1983); не подтверждается ее существование и данными наших исследований, проведенных в Институте Мастерса и Джонсон: из 100 тщательно обследованных женщин только у 10% на передней стенке влагалища имелся участок повышенной чувствительности или же комок уплотненной ткани, соответствующий описаниям зоны G. Аналогичные исследования (Alzate, Londona, 1984) также не выявили наличия зоны G, хотя многие женщины отмечали повышенную эротическую чувствительность на передней стенке влагалища. В более поздних работах было следано заключение, что "наличие зоны G... даже у меньшинства женщин, не говоря уже об их большинстве, пока еще нельзя считать доказанным" (Alzate, Hoch, 1986). Таким образом, необходимо провести дополнительные исследования, чтобы установить, действительно ли существует зона G как некая самостоятельная анатомическая структура, или же, как пишет Элен Каплан (Kaplan, 1983), "мысль о том, что у многих женщин во влагалище имеются особые эрогенные зоны, усиливающие наслаждение и оргазм, не нова и не должна вызывать споры".

Возможно более высокая чувствительность передней стенки влагалища представляет собой "неотъемлемую часть клиторного оргазмического рефлекса" (Schultz et al., 1989).

Шейка матки

Нижняя часть матки - шейка (cervix) выступает во влагалище. Со стороны влагалища шейка нерожавшей женщины имеет вид гладкой розовой пуговицы с округлой поверхностью и маленьким отверстием в центре. Сперматозоиды проникают в матку через зев шейки (cervical os); через него же выделяется из матки менструальная кровь. Канал шейки матки (тонкая трубка, соединяющая зев шейки с полостью матки) содержит многочисленные железы, вырабатывающие слизь. Консистенция этой слизи зависит от гормонального фона и потому меняется на разных стадиях менструального цикла: непосредственно перед овуляцией или в процессе последней (когда яйцеклетка выходит из яичника) слизь становится жидкой и водянистой; в другое время она бывает густой и образует пробку, преграждающую вход в шейку матки.

В шейке матки нет поверхностных нервных окончаний, и поэтому прикосновение к ней почти не вызывает сексуальных ощущений; хирургическое удаление шейки не снижает сексуальную реактивность женщины.

Матка

Матка (uterus) - это полый мышечный орган, имеющий форму перевернутой вверх дном и несколько уплощенной груши. Длина ее составляет примерно 7,5 см, а ширина 5 см. Анатомически матка делится на несколько частей (рис. 3.6). Выстилающий матку изнутри эндометрий и ее мышечный компонент - миометрий - выполняют разные функции. Во время менструального цикла эндометрий претерпевает изменения, а в начале беременности в него имплантируется оплодотворенная яйцеклетка. Мышечная стенка активно участвует в родах и родоразрешении. Обе функции матки регулируются гормонами - химическими веществами, вызывающими также увеличение матки во время беременности. Матка закреплена в тазовой полости с помощью шести связок, но не очень жестко. Угол между маткой и влагалищем варьирует у разных женщин. Обычно матка расположена более или менее перпендикулярно к оси канала влагалища, однако примерно у 25% женщин она загнута назад, а примерно у 10% - вперед. В тех случаях, когда матка жестко фиксирована спайками, возникающими после операций или в результате воспалительного процесса, женщина может ощущать боль при половом акте; эта ситуация требует хирургического вмешательства.

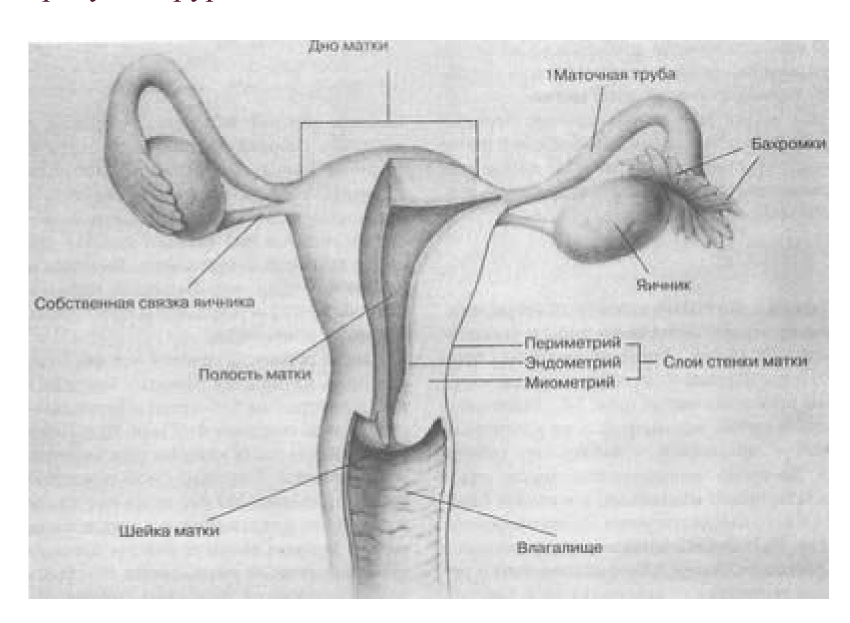


Рис. 3.6

Внутреннее строение женских половых органов (вид спереди; матка и влагалище частично удалены)

Яйцеводы (маточные трубы)

Маточные трубы, или яйцеводы начинаются от матки и достигают в длину примерно 10 см (рис. 3.6). Дистальные концы маточных труб имеют форму воронки, от краев которой отходят пальцевидные выросты (fimbria), нависающие над яичниками. Внутренняя выстилка маточных труб образована длинными тонкими складками ткани, покрытой ресничками. Освобождающиеся из яичников яйцеклетки попадают в маточные трубы, где и происходит встреча между яйцеклеткой и сперматозоидом.

Яичники

Яичники (ovaries), или женские гонады, представляют собой парные органы, расположенные по обе стороны матки. По величине яичники можно сравнить с миндальными орехами в скорлупе (примерно 3 x 2 x 1,5 см); они удерживаются на месте соединительной тканью, которая прикрепляется к широкой связке матки. Яичники выполняют две функции: вырабатывают гормоны (самые главные из них - эстрадиол и прогестерон) и продуцируют яйцеклетки.

Еще до рождения девочки в ее формирующихся яичниках начинается развитие будущих яйцеклеток. Примерно на 5-6 месяцах беременности яичники плода содержат 6-7 млн. будущих яйцеклеток, большая часть которых атрезируется до рождения девочки. В яичниках новорожденной содержится примерно 400 000 незрелых яйцеклеток; в дальнейшем никаких новых яйцеклеток не образуется. В детском возрасте атрезия продолжается, и число яйцеклеток уменьшается еще больше. Незрелые яйцеклетки окружены тонким слоем клеток, образующих фолликул.

При наступлении полового созревания у девочек начинаются менструации (см. гл. 7); в каждом менструальном цикле происходит созревание нескольких яйцеклеток, в процессе которого эти клетки делятся дважды, причем количество содержащегося в них генетического материала уменьшается вдвое. В результате этого процесса, называемого мейозом, каждая незрелая яйцеклетка делится на четыре клетки, из которых только одна образует зрелую, способную к оплодотворению яйцеклетку (ovum). Зрелая яйцеклетка достигает 0,135 мм в диаметре и окружена блестящей оболочкой - zona pellucida (рис. 3.7). Яйцеклетка человека очень мала, она меньше точки, стоящей в конце этого предложения. Функции трех других клеток, называемых полярными тельцами, неясны; известно, что в конце концов они дегенерируют.

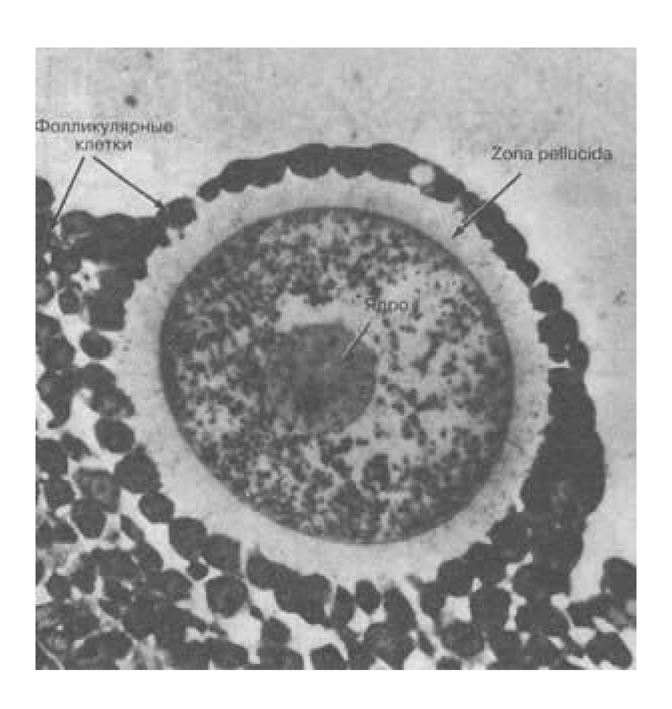


Рис. 3.7

Микрофотография яйцеклетки человека во вторичном фолликуле

Развитие сперматозоидов: 1 - в ядре сперматоцита первого порядка происходит конъюгация хромосом по всей их длине; 2 - конъюгировавшие хромосомы выстраиваются в экваториальной плоскости и клетка делится мейотически с образованием двух новых клеток - сперматоцитов второго порядка, каждый из которых содержит половинное число хромосом; 3 - в ядре сперматоцита второго порядка хромосомы вновь конъюгируют по всей своей длине; 4 - хромосомы выстраиваются в одной плоскости для простого (немейотического) деления; 5 - из сперматоцита второго порядка образуются четыре предшественника сперматозоидов, или сперматиды; 6 - зрелые сперматозоиды.

Развитие яйцеклетки: 1 - в ядре ооцита первого порядка пары хромосом конъюгируют по всей своей длине; 2 - хромосомы выстраиваются в экваториальной плоскости и делятся мейотически; в результате образуется ооцит второго порядка (4) и первое полярное тельце (3), содержащие по половинному числу хромосом; 5 - хромосомы первого полярного тельца располагаются в экваториальной плоскости, готовясь к простому делению; 6 - в ооците второго порядка хромосомы располагаются в экваториальной плоскости, готовясь к простому (немейотическому) делению; в конечном счете образуется три полярных тельца (7) и зрелая яйцеклетка (8).

В каждом цикле начинается рост нескольких фолликулов, однако лишь один из них достигает определенной стадии, на которой он перемещается на поверхность яичника и разрывается, освобождая яйцеклетку; этот процесс называется овуляцией. На каждый овулировавший фолликул приходится примерно тысяча таких, которые развиваются до определенной стадии, а затем дегенерируют. Обычно за весь репродуктивный период женщины овулируют менее 400 фолликул.

После освобождения яйцеклетки клетки гранулёзы, из которых состоит внутренняя часть фолликула, начинают делиться и образуют структуру, называемую желтым телом (corpus luteum). Желтое тело в течение двух недель вырабатывает гормоны, после чего при отсутствии зачатия дегенерирует; если зачатие произошло, желтое тело продолжает

существовать и обеспечивает необходимую гормональную поддержку на ранних стадиях беременности.

Молочные железы

Молочные железы не относятся к репродуктивной системе, но они определенно составляют часть сексуальной анатомии. Принято считать, что женская грудь обладает особым эротическим воздействием и символизирует сексуальность, женственность и привлекательность. Повышенное внимание этой части женского тела уделяют модельеры, создатели всевозможных журналов, рекламных роликов и т.д. Не следует думать, что такое отношение характерно для всего мира; в некоторых странах женскую грудь вовсе не считают символом сексуальности. Например, в Японии принято сильно стягивать грудь, чтобы сделать ее незаметной. Однако в настоящее время тяготение к западной моде ведет к изменениям вкусов, и в Японии стали придавать форме груди большое эротическое значение.

По мере того как женщина с пышной грудью превращалась в почти универсальный символ сексуальности - образ, используемый для рекламы всего, что только можно, от продажи автомобилей до кинофильмов категории X (на которые не допускают зрителей моложе 16 лет) - все больше людей стали верить в то, что такая женщина обладает определенным сексуальным превосходством. Другое ошибочное мнение, к которому готовы без колебаний присоединиться многие мужчины, состоит в том, что женщина с маленькой грудью не столь возбудима и почти равнодушна к сексу.

Нет абсолютно никаких данных, которые бы указывали на зависимость между величиной груди у женщины и ее сексуальностью, способностью к достижению оргазма. На самом деле многие женщины испытывают лишь слабые сексуальные ощущения, когда мужчина сжимает или ласкает их грудь. Но есть и такие, у которых данные действия вызывают сильное возбуждение, и в том и в другом случае реакция женщины никак не зависит от размера ее груди.

При всем своем эротическом значении грудь, т.е. молочные железы, это всего лишь модифицированные потовые железы. В период полового созревания размеры и форма молочных желез изменяются; они постепенно приобретают коническую или полусферическую форму, причем левая железа обычно бывает чуть крупнее правой (De Gowin, De Gowin, 1976). Каждая молочная железа состоит из 15-20 долек железистой ткани, собранных в структуру, напоминающую гроздь винограда; каждая долька имеет собственный проток, открывающийся на поверхности соска. Дольки железы окружены жировой и фиброзной тканью, придающей груди мягкость.

На кончике груди расположен сосок, образованный главным образом гладкомышечными волокнами и сетью нервных окончаний, что делает его очень чувствительным к прикосновению и температуре. Более темная морщинистая кожа, покрывающая сосок, распространяется на поверхность молочной железы, образуя околососковый кружок (areola) - кольцевидную область темной кожи шириной 1-2 см; в соске имеется много нервных окончаний и мышечных волокон, благодаря которым он может становиться твердым.

Сексуальная чувствительность молочной железы, ареолы и соска не зависит ни от величины, ни от формы груди. На ее реактивность оказывают влияние чувства, которые испытывает женщина к данному мужчине и биологические особенности данной женщины. Зачарованность американских мужчин женской грудью ведет к тому, что

многие женщины, считающие себя "плоскими" или "недоразвитыми", желая повысить свою привлекательность, стараются добиться увеличения груди при помощи физических упражнений, разного рода мазей или механических средств. Однако все эти методы, несмотря на их широкое рекламирование, не дают результатов. Чрезвычайную популярность приобрели пластические операции для увеличения молочных желез. Вначале при этом непосредственно в железу вводили жидкий силикон, однако данный метод оказался совершенно неудовлетворительным из-за большого числа осложнений. Позднее для увеличения размеров молочных желез стали использовать имплантанты из мягкого тонкого пластика, наполненные силиконовым гелем; при такой операции грудь сохраняет свою естественную форму и гибкость.

Мужская половая система

Не будет сильным преувеличением сказать, что в мире фантазий мужские половые члены бывают только трех вариантов - большие, гигантские и такие, что еле проходят в двери...

Примириться с реальностью иногда бывает трудно. Даже в тех случаях, когда мужчина функционирует на высшем уровне, его половой член ничем не напоминает таран или какое-нибудь из орудий каменного века. Но у мужчин одно маленькое преимущество. Они живые люди, способные любить и испытывать наслаждение, тогда как рекламные супермены с их немыслимыми эрекциями холодны и бесчувственны (Zilbergeld, 1978).

Мужчине гораздо легче разглядеть и ощупать свои половые органы, чем женщине свои. В отличие от клитора или влагалища мужской половой член непосредственно участвует в процессе мочеиспускания, так что мальчики уже в раннем возрасте привыкают прикасаться к нему и брать его в руки. Вряд ли мальчик может оставаться в неведении относительно сексуальных аспектов этого органа. Он узнает о них, трогая свой половой член, играя с ним (и испытывая при этом удовольствие) или слыша рассказы и шутки, живописующие сексуальное и репродуктивное назначение полового члена. Однако, несмотря на все это, многие мужчины не вполне ясно представляют себе строение и функции своих половых органов.

Мужской половой член

Мужской половой член (penis) - это наружный орган, образованный в основном тремя параллельными цилиндрическими телами, которые состоят из губчатой ткани и покрыты плотными оболочками. Цилиндрическое тело, расположенное на нижней стороне полового члена, называется губчатым телом (corpus spongiosum). В его центре проходит мочеиспускательный канал (urethra) (по нему выделяются моча и сперма), открывающийся наружу мочеиспускательным отверстием (meatus urethrae) на кончике полового члена. При эрекции губчатое тело воспринимается на вид и на ощупь как прямой тяж. Два другие цилиндра (правый и левый), называемые пещеристыми телами (corpora cavernosa), располагаются друг подле друга над губчатым телом. Все три состоят из бесформенной губчатой ткани, пронизанной мелкими кровеносными сосудами. При сексуальном возбуждении эта ткань переполняется кровью, приводя половой член в состоянии эрекции.

Внутри, за местом прикрепления полового члена к телу, пещеристые тела расходятся, образуя ножки полового члена (crura), которые прочно прикреплены к тазовым костям. Половой член снабжен многочисленными кровеносными сосудами, помимо тех, которые находятся в губчатых и пещеристых телах; на эрегированном члене часто можно видеть

переплетение венозных сосудов. Кроме того, половой член содержит множество нервных волокон, что делает его высоко чувствительным к прикосновению, давлению и температуре.

Кончик полового члена - его головка (glans penis) - образована губчатым телом. В головке члена нервных окончаний больше, чем в его теле, а потому она особенно чувствительна к механической стимуляции. Две другие области, обладающие высокой чувствительностью к прикосновению, это край ткани, отделяющей головку от тела члена, - венец головки (corona glandis) и небольшой треугольный участок на нижней стороне члена, где к его головке прикрепляется маленькая полоска ткани - уздечка (frenulum). По мнению многих мужчин непосредственная стимуляция головки может вызывать боль или раздражение, так что при мастурбации они предпочитают растирать или поглаживать тело полового члена.

Кожа, покрывающая головку полового члена - крайняя плоть (preputium) - легко подвижна. При воспалении или инфекции крайней плоти или головки члена половой акт может стать болезненным. Иногда крайняя плоть прилипает к головке. Это вызывается скоплением под крайней плотью смегмы - творожистого вещества, состоящего из маслянистых выделений, мертвых эпидермальных клеток, частиц грязи, пота и бактерий; чтобы избежать этого, необходимо регулярно смывать смегму из-под крайней плоти. Подобная проблема возникает только у мужчин, не подвергавшихся обрезанию, что может служить одним из доводов в пользу этой операции.

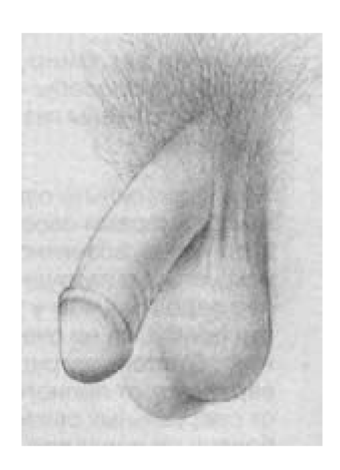
Обрезание состоит в хирургическом удалении крайней плоти. В результате этой легкой операции, производимой обычно вскоре после рождения ребенка, головка полового члена полностью обнажается. Последователи ислама и иудаизма считают обрезание обязательным. В США его часто производят совсем не по религиозным соображениям, тогда как в Канаде и Европе эта процедура менее распространена.

Преимущества, которые дает обрезание, относятся главным образом к гигиене и здоровью: оно иключает возможность скопления смегмы, снижает вероятность воспаления, инфекции и рака полового члена. Хотя частота рака шейки матки у жен обрезанных мужчин гораздо ниже, чем у женщин, чьи мужья не подвергались этой процедуре (Green, 1977), наличие здесь причинно-следственной зависимости нельзя считать доказанным (Poland, 1990). Кроме того, у необрезанных младенцев мужского пола инфекции мочевых путей возникают во много раз чаще, чем у обрезанных (Wisseletal., 1987; Herzog, 1989; Schoen, 1990). Еще более важное значение имеют полученные недавно данные о том, что обрезание, возможно, до некоторой степени защищает от заражения вирусом СПИДа (Quinn et al, 1988; Marx, 1989; Schoen, 1990).

Противники обрезания не видят явных доводов в пользу этой операции и считают, что удаление кожи, защищающей головку полового члена, снижает ее сексуальную чувствительность, так как она постоянно трется об одежду. Некоторые другие полагают, что обрезание повышает риск преждевременной эякуляции (вероятно, это неверно, поскольку крайняя плоть необрезанного полового члена при эрекции оттягивается назад, обнажая головку; кроме того, проведенные исследования не обнаружили различий в частоте преждевременной эякуляции у мужчин, подвергшихся и неподвергшихся обрезанию). Нам неизвестны заслуживающие доверия данные, которые свидетельствовали бы о благоприятном или неблагоприятном влиянии обрезания на сексуальные функции мужчины. Вместе с тем необрезанные мужчины, соблюдающие обычные правила гигиены, вряд ли подвергают себя сколько-нибудь серьезному риску лишь потому, что их крайняя плоть не удалена.

Каким бы удивительным ни показался этот факт, находятся мужчины, настолько недовольные тем, что им в младенческом возрасте произвели обрезание, что они готовы претерпеть несколько сложных операций, чтобы реконструировать крайнюю плоть (Greer et al., 1982). Такого рода лечение занимает около года; при этом реконструированная крайняя плоть (взятая с мошонки) отличается от кожи, покрывающей тело полового члена, по своей текстуре, окраске и контурам.

Половые члены разных мужчин значительно варьируют по цвету, размерам, форме, а также состоянию крайней плоти (обрезанная или необрезанная). Некоторые примеры показаны на рис. 3.12.



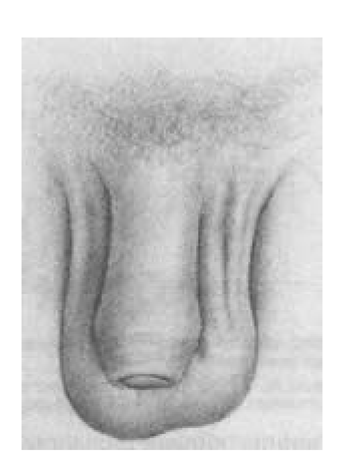
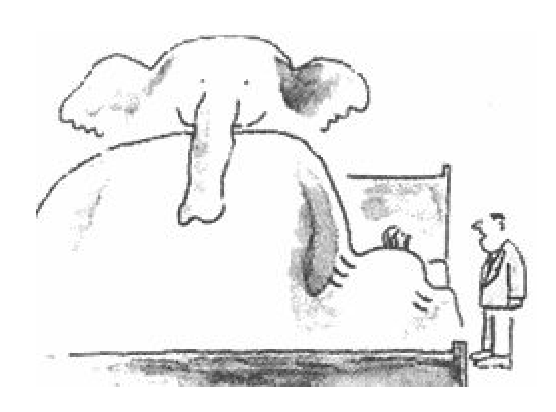


Рис. 3.12

Некоторые вариации во внешнем виде половых органов мужчины

Хотя размеры члена в отсутствие эрекции сильно различаются у разных мужчин (в среднем его длина составляет 9,5 см), в эрегированном состоянии эти различия менее заметны. Можно считать эрекцию "великим уравнителем", так как у мужчин с небольшим членом его объем при эрекции увеличивается сильнее, чем у мужчин, у которых неэрегированный член крупнее (Masters, Johnson, 1966; Jamison, Gebhard, 1988).

Размеры полового члена



"Дорис, ты ведь говорила, что размер не имеет значения!"

Мы уже упоминали о том, что многие мужчины бывают озабочены размерами своего полового члена. Точнее, их ужасно беспокоит следующий вопрос: "Каков мой половой член по сравнению с тем, что есть у других?" Этот интерес к размерам полового члена слагается из нескольких различных факторов. Во-первых, это беспокойство о том, чтобы быть "нормальным", т.е. таким, как все другие. Во-вторых, настойчивое желание быть адекватным в сексуальном плане. Принято считать, что "чем больше, тем лучше". Широко распространено убеждение, что большой половой член доставляет женщине больше удовольствия. На самом деле размеры полового члена не имеют существенного физиологического значения (хотя они могут оказывать положительное или отрицательное психологическое воздействие), поскольку влагалище приспосабливает свои размеры одинаково хорошо к члену с большим или малым диаметром. Длина полового члена, определяющая глубину его проникновения во влагалище, также относительно несущественна, поскольку во внутренней части влагалища и в шейке матки нервных окончаний мало. В-третьих, желание иметь большой половой член часто объясняется исключительно честолюбием. Наконец, некоторым мужчинам кажется, что большой половой член делает их более привлекательными в сексуальном плане. Все эти моменты относятся в равной мере как к гетеро-, так и к гомосексуалам.

В изобразительном искусстве и в средствах массовой информации (в особенности в книгах эротического содержания, журналах для мужчин и в кинофильмах) существует тенденция изображать мужские половые органы гораздо крупнее их естественных размеров. Такое искажение, во-первых, отражает победу мечты над реальностью, а во-вторых, демонстрирует возможности фотографии и кинематографии. Читатели-мужчины должны помнить также о том, что собственный половой член кажется им короче (из-за угла зрения), чем половые члены других мужчин, которых они видят в раздевалках или на экране.

Недавно группа канадских исследователей изучала психологическое воздействие величины полового члена на сексуальное возбуждение. Они установили, что чтение эротических пассажей, обыгрывающих величину полового члена, никак не влияло на уровень возбуждения студентов ни мужского, ни женского пола (Fisher, Branscombe, Lemery, 1938). Таким образом, был сделан вывод, что "значение размеров полового члена столь же мало на психологическом уровне, как, по-видимому, и на физиологическом".

Известны редкие случаи, когда мужской половой член имеет нормальное строение, но миниатюрные размеры, не достигая в длину 2 см - так называемый микропенис. Иногда эта аномалия бывает вызвана недостатком тестостерона и поддается лечению. В других же случаях ни таблетки, ни мази, ни разного рода механические приспособления или гипноз не эффективны, хотя объявлениями, рекламирующими подобные способы "лечения", заполнены газеты и журналы.

У мужчин, сильно озабоченных размерами своего полового члена, возникновение сексуальных затруднений более вероятно, чем у тех, кого эта проблема не очень волнует. Степень затруднений варьирует от полного отказа от сексуальных связей из-за боязни не оправдать ожиданий женщины до постоянного страха относительно того, удастся ли достигнуть эрекции или удержать ее. По счастью, с проблемами такого рода обычно удается справиться после нескольких консультаций сексолога или с помощью терапевтических методов (см. гл. 21).

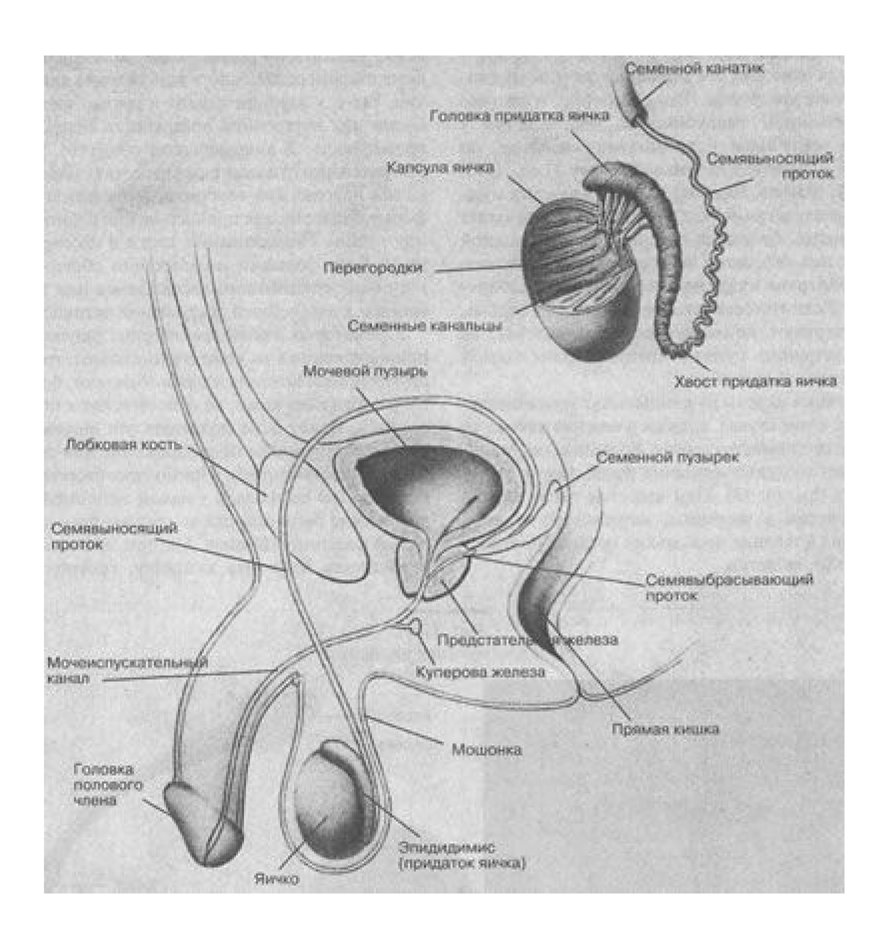
Мошонка

Мошонка (scrotum) представляет собой тонкий кожный мешок, расположенный под половым членом и покрытый редкими волосами; в мошонке находятся яички (testes). Стенка мошонки содержит слой гладких мышц, которые при сексуальной стимуляции, физических упражнениях или под действием низкой температуры непроизвольно сокращаются, и при этом яички плотнее прилегают к телу. В жаркую погоду мошонка расслабляется, яички свисают более свободно и отходят от тела. Эти рефлексы мошонки обеспечивают поддержание постоянной температуры яичек - обстоятельство чрезвычайно важное, поскольку образование сперматозоидов, происходящее в яичках, нарушается под действием тепла или холода. В ответ на охлаждение мошонка подтягивает яички ближе к телу, где теплее, а в жару, расслабляясь, удаляет их от тела; при этом площадь поверхности кожи увеличивается, что усиливает рассеяние тепла. Уплотнение мошонки при сексуальном возбуждении или физических упражнениях, возможно, является защитным рефлексом, снижающим риск повреждений яичек.



Яички (семенники)

Яички (мужские гонады) - парная структура, обычно находящаяся в мошонке (рис. 3.13). Они имеют примерно одинаковые размеры, в среднем 5 x 2 x 3 см у взрослых мужчин, хотя одно яичко обычно свисает чуть ниже другого; чаще это бывает левое яичко, однако у левшей ниже свисает правое. Разный уровень расположения яичек внутри мошонки не имеет значения, однако если одно из них значительно крупнее или мельче другого, то это может иметь последствия для здоровья и требует обращения к врачу.



Яички очень чувствительны к давлению или прикосновению. Некоторые мужчины считают, что легкое поглаживание мошонки или нежное сжимание яичек во время сексуальной активности возбуждает, но многим другим неприятны прикосновения к этим органам.

Яички выполняют две отдельные функции: вырабатывают гормоны и продуцируют сперму. Гормоны, прежде всего тестостерон, регулирующий развитие вторичных мужских половых признаков и играющий важную роль в сексуальных проявлениях и функциях, вырабатываются клетками Лейдига. Сперматозоиды формируются в семенных канальцах - микроскопических трубочках, свернутых в плотную спираль, общая длина которых достигает почти 500 м. В целом продукция сперматозоидов длится 70 дней. В отличие от женщины, у которой после рождения на свет не формируется новых яйцеклеток, в организме мужчины по достижении половой зрелости образование сперматозоидов происходит постоянно (миллиарды в год).

Зрелый сперматозоид человека значительно мельче яйцеклетки; его длина достигает 0,06 мм, а по объему он в тысячи раз меньше яйцеклетки.

Сперматозоид можно увидеть только под микроскопом; он состоит из трех частей: головки, тела и хвоста (рис. 3.14). Головка сперматозоида содержит генетический материал, т.е. хромосомы, и акросому, представляющую собой химический "резервуар" мужской половой клетки. Тело сперматозоида обеспечивает эту клетку энергией, которая необходима для движения, происходящего с помощью хвоста.

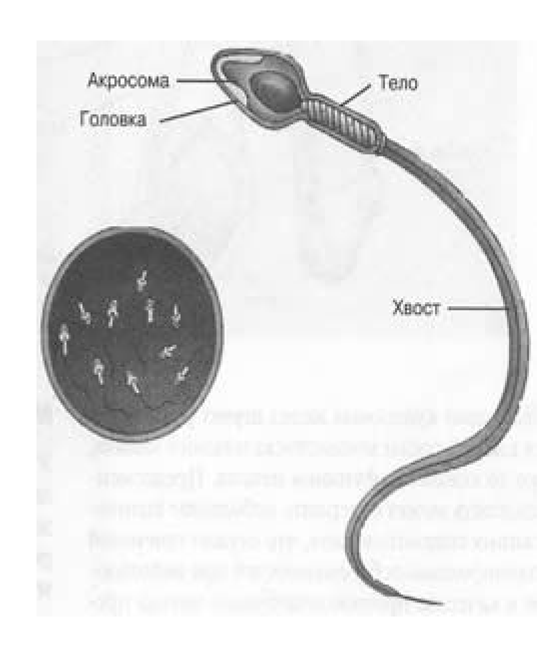


Рис. 3.14 Сперматозоид человека

Эпидидимис (придаток яичка) и семявыносящий проток

Семенные канальцы (трубочки, в которых образуются сперматозоиды) открываются в проток эпидидимиса - сильно извитой трубкообразной структуры, расположенной у задней поверхности каждого яичка (рис. 3.13). Сперматозоиды медленно перемещаются по протоку эпидидимиса, обычно в течение нескольких недель, и за это время достигают полной зрелости. Из эпидидимиса они попадают в правый или левый семявыносящий проток (vas deferens) - длинную трубку (примерно 40 см), которая выходит из мошонки и, огибая мочевой пузырь сзади, впадает в мочеиспускательный канал. При вазэктомии перерезают оба семявыносящих протока (см. гл. 6).

Предстательная железа и связанные с ней органы

Предстательная железа (prostata), которая по размерам и форме обычно похожа на каштан, состоит из мышечной и железистой ткани. Она расположена под мочевым пузырем и окружает мочеиспускательный канал в месте его выхода из мочевого пузыря, наподобие бусины и протянутой через нее нитки. Поскольку прямая кишка (rectum) лежит непосредственно за предстательной железой, врач имеет возможность прощупать железу при ректальном обследовании. Это очень важно, потому что предстательная железа подвержена инфекциям и злокачественным новообразованиям (см. гл. 22).

Предстательная железа секретирует прозрачную жидкость, составляющую примерно 30% семенной жидкости, выделяющейся из полового члена во время эякуляции. Остальные 70% семенной жидкости представлены секретом семенных пузырьков (Elliasson, Lindholmer, 1976; Spring-Mills, Hafez, 1980). Эти две маленькие структуры расположены у задней стенки мочевого пузыря; их выделительные протоки соединяются с концами семявыносящих протоков, образуя семявыбрасывающие протоки (ducti ejaculatorii), впадающие в мочеиспускательный канал.

В среднем каждый эякулят содержит 3-5 мл (5 мл равны примерно 1 чайной ложке) спермы (семенная жидкость плюс сперматозоиды). Количество сперматозоидов в сперме сильно варьирует и частично зависит от частоты эякуляции; нормальным считается

содержание 40-120 млн, сперматозоидов на 1 мл. Таким образом, в одном эякуляте может содержаться от 120 до 600 млн. сперматозоидов.

После вазэктомии (пересечение и перевязка семявыносящий протоков) количество жидкости в эякуляте остается прежним, несмотря на отсутствие в нем сперматозоидов.

Сперма имеет густую клейкую консистенцию, а ее окраска варьирует от беловатой до различных оттенков желтого или серого. Вскоре после эякуляции сперма разжижается. В ее состав входят вода, слизь и много разных химических веществ, в том числе сахар (источник энергии), основания (для нейтрализации кислой реакции в мочеиспускательном канале мужчины и влагалище женщины) и простагландины (гормоны, вызывающие сокращения матки и маточных труб, что, возможно, помогает продвижению спермы вверх).

Куперовы железы имеют вид двух горошин, соединяющихся с мочеиспускательным каналом под предстательной железой. Во время полового возбуждения они секретируют преэякуляторную (предсеменную) жидкость. Количество этой жидкости варьирует у разных мужчин от нескольких капель до нескольких миллилитров. Предполагают, что секрет куперовых желез играет роль буфера для кислой среды мочеиспускательного канала, однако до конца его функция неясна. Предсеменная жидкость может содержать небольшое количество живых сперматозоидов, что служит причиной незапланированных беременностей при использовании в качестве противозачаточного метода прерывания полового акта.

Молочные железы

У молочных желез мужчины имеются соски и околососковые кружки (ареолы), однако они содержат лишь небольшое количество железистой и жировой ткани. У мужчины соски и ареолы, по-видимому, менее чувствительны к прикосновению и давлению, чем у взрослой женщины (Robinson, Short, 1977). Тем не менее некоторые мужчины считают, что поглаживание или сосание их молочных желез вызывает у них сексуальное возбуждение. Другие же не испытывают при этом эротического наслаждения.

Иногда одна или обе молочные железы мужчины бывают увеличены. Это состояние, известное под названием гинекомастии, наблюдается у 40-60% мальчиков в пубертатном периоде, но обычно исчезает в течение 1-2 лет (Lee, 1975; Kolodny, Masters, Johnson, 1979). У взрослых мужчин гинекомастия может возникнуть в результате алкоголизма, болезней печени или щитовидной железы, под действием лекарственных препаратов или наркотиков и при некоторых раковых заболеваниях. Если гинекомастия выражена так сильно, что возникают психологические проблемы, ее можно устранить путем относительно несложной хирургической операции.

Молочные железы мужчины могут увеличиваться также в том случае, если он в течение какого-то времени принимает эстроген. Большинство транссексуалов мужчина-женщина прибегают к этому средству (см. гл. 11). Нам известен также случай гинекомастии у мужчины, который по ошибке принимал в течение нескольких месяцев противозачаточные таблетки.

Другие эрогенные зоны

Помимо половых органов, которые непосредственно участвуют в репродукции, потенциальными источниками сексуального возбуждения как у мужчин, так и у женщин служат и другие части тела. Среди них внутренняя поверхность бедер, шея и промежность. В американском обществе, где под сексуальными отношениями часто понимают только сам половой акт, обычно недооценивают такую форму близости, как прикосновения и контакт между телами. Поглаживание, ласки и массирование могут быть формами несловесного общения, источником чувственного наслаждения или приглашением к дальнейшей сексуальной активности.

У некоторых людей эротические ощущения от прикосновения к их коже очень сильны, тогда как других прикосновения мало возбуждают; более того, раздражение кожи, не относящейся к половым органам, может даже подавлять эти ощущения (а как отреагируете вы на раздражение или щекочущие прикосновения?). Прямо противоположную реакцию мы наблюдали у одной женщины, которую можно было довести до оргазма просто потирая ей поясницу (Masters, Johnson, 1966). (Однако вероятность встретить женщину, способную испытать оргазм от одного лишь поглаживания спины, составляет, надо думать, не более 1 на 1.000.000.)

Рот, в том числе губы и язык, - область с высоким эротическим потенциалом, а поцелуй - один из распространенных способов стимуляции сексуального возбуждения. Кроме того, он представляет собой действие, символизирующее страсть и проникновение (вспомните о так называемом "французском поцелуе", при котором язык одного из партнеров вводится в рот другого). Еще одна достаточно распространенная форма сексуальной стимуляции - орально-генитальный контакт - облизывание или сосание гениталий партнера.

К потенциально эрогенным зонам относятся анальное отверстие, прямая кишка и ягодицы. Распространено мнение, что к анальному сексу прибегают только гомосексуалисты. Однако число пар, практикующих такие контакты, среди гетеросексуалов гораздо выше, чем среди гомосексуалов, причем многие гомосексуалисты никогда не занимаются анальным сексом (подробности см. гл. 15 и 16).

У некоторых народов ягодицы считаются таким же символом женского начала, как у американцев грудь. Ягодицы образованы группами объемистых мышц, покрытых жировой тканью и кожей, и содержат относительно немного нервных окончаний. Ягодичные мышцы играют важную роль в половом акте, обеспечивая движения таза, необходимые для проникновения полового члена во влагалище. Некоторые люди, как женщины, так и мужчины, испытывают эротическое возбуждение, когда их шлепают по ягодицам. Поскольку ягодицы часто бывают на виду (особенно если они туго обтянуты джинсами, купальниками, бикини и т.п.), их нередко используют как средство сексуального обольщения.

Многие другие части тела также могут обладать эротической притягательностью. Например, волосы могут пробуждать чувственность или придавать сексуальность: некоторые женщины возбуждаются при виде волосатой груди партнера, а иногда любовникам нравится гладить волосы друг другу. Хорошо развитые мышцы, делая мужчин привлекательными для одних женщин, оставляют равнодушными других или даже отталкивают тех, кому такая "мужественность" неприятна. Покусывание мочки уха, ласкание лица и прикосновение к кончикам пальцев - все это может быть элементами любовной игры и служить источниками возбуждения. Мы не пытались дать исчерпывающий перечень всего, что может оказывать сексуальное воздействие, а просто хотели показать, сколь велик диапазон таких факторов.

Каждый из нас обладает единственным в своем роде строением половых органов и еще более индивидуальным опытом сексуальных ощущений и взаимодействий. Как уже неоднократно подчеркивалось, вариации, даже морфологические, между разными индивидами бывают очень значительны. К сожалению, некоторые люди целиком находятся во власти примитивного представления о том что "чем больше, тем лучше", а другие полагают, что для достижения оргазма надо просто "нажать на нужные кнопки". По нашему мнению, люди относящиеся к сексу как к чисто механическому действию, испытывают от интимной близости только физическое удовольствие, в то же время те, для кого секс - это любовь, настроение и чувства, получают гораздо больше.

Спринцевание

Заботы о чистоте влагалища заставляют многих женщин регулярно проводить спринцевание (промывание) влагалища; в настоящее время в продаже имеются специальные растворы для спринцевания, которые даже рекламируются по телевидению. Однако появляется все больше данных о неблагоприятном воздействии спринцевания на организм.

Частое спринцевание может уничтожить полезную микрофлору влагалища, что иногда приводит к чрезмерному росту патогенных микроорганизмов и к вагинальным инфекциям.

Частое спринцевание снижает кислотность во влагалище, повышая восприимчивость женщины к вагинальным инфекциям.

Частое спринцевание повышает вероятность воспалительных заболеваний половых органов (Forrest et al., 1989; Wolner-Hanssen et al., 1990) - серьезных инфекционных заболеваний, затрагивающих внутренние репродуктивные органы женщины (см. гл. 19).

Самодиагностика и самолечение с помощью спринцевания при появлении во влагалище жжения, зуда, выделений или запаха не рекомендуется, поскольку это может изменить клиническую картину какой-либо серьезной инфекции и задержать начало необходимого медицинского вмешательства (Covington, McClendon, 1987).

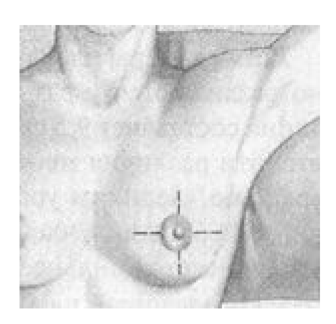
Подводя итоги, можно сказать, что хотя проводимое изредка (один-два раза в месяц или реже) спринцевание, вероятно, не приносит серьезного вреда, мы считаем более разумным избегать этой процедуры, если только она не рекомендована врачом.

Самостоятельное обследование молочных желез

Женщинам следует регулярно самим обследовать свои молочные железы, поскольку в большинстве случаев опухоли в этой части тела обнаруживают именно они, а не врачи или медицинские сестры. Тем, кто с недоверием или опаской относится к подобной практике, укажем на два обстоятельства: 1) в 9 случаях из 10 опухоли молочной железы оказываются незлокачественными; 2) среди женщин, ежемесячно проводящих обследование своих молочных желез и самостоятельно выявивших опухоль, коэффициент выживаемости гораздо выше, чем среди тех, кто этого не делает (Foster et al., 1978). Лучше всего проводить такое обследование сразу после окончания менструации, когда уровень эстрогена в организме низок. Женщинам, у которых нет менструаций, также следует раз в месяц обследовать свои молочные железы. Ниже описан метод обследования.

1. Встаньте перед зеркалом при хорошем освещении, уперев ладони в бока. Осмотрите свои груди. Затем поднимите руки над головой. Наконец, положите ладони на бедра и опустите плечи вниз. Посмотрите, нет ли на одной из грудей уплощения или выпячивания, отсутствующего на другой; нет ли на коже складок, ямочек или красноты, не втянут ли один из сосков внутрь. Потрите слегка каждый сосок, чтобы убедиться в отсутствии выделений.

2 Лягте на спину, подложив под левое плечо подушку или сложенное полотенце, и закиньте левую руку за голову. Вообразите, что ваша грудь поделена на четыре части, как показано на рисунке.



3. Прижмите плотно, но осторожно пальцы правой руки к внутреннему верхнему квадранту левой груди. Описывайте пальцами небольшие круги, так чтобы ткань груди скользила под кожей. Начните у грудины и двигайтесь к соску.

4. Повторите процедуру 3 на каждом из трех остальных квадрантов левой груди. Обследуйте всю эту область и прощупайте также ребра сбоку от груди.

5. Опустите левую руку вниз и ощупайте левую подмышечную впадину, чтобы убедиться, что в ней нет опухолей.

6. Повторите процедуры 2-5, обследуя левой рукой правую грудь.

7. Повторите процедуры 2-6 в сидячем или стоячем положении. При изменении положения тела ткани груди перераспределяются, что позволяет прощупать опухоль, которую нельзя было обнаружить в лежачем положении. Такое обследование хорошо проводить, принимая ванну или стоя под душем, так как по мокрой коже руки скользят лучше.

Источники: Boston Women's Health Book Collective, 1976; Stewart et al., 1979. American Cancer Society, 1980.

Обследование яичек

Двадцатидевятилетний киномеханик, демонстрировавший врачам фильм о самостоятельном обследовании яичек, решил воспользоваться увиденными рекомендациями и обнаружил у себя в левом яичке опухоль величиной с горошину. Этим он спас себе жизнь, поскольку опухоль оказалась злокачественной, быстро увеличивалась и требовала немедленного удаления (P.C. Smith, 1980).

Хотя женщинам постоянно рекомендуют обследовать свои молочные железы, о важности самообследования яичек мужчинам обычно не говорят. Возможно, это объясняется тем, что по статистике рак яичка встречается относительно редко - в США менее 500 случаев в

год (Silverberg, 1981). Чаще всего эта болезнь поражает мужчин в возрасте от 20 до 34 лет; в начальной стадии она может не сопровождаться болями или другими симптомами.

Процедура самообследования проста. После теплой ванны или душа, когда мошонка расслабленная и мягкая, следует ощупать каждое яичко по отдельности. Накрыв яичко ладонями, надо ощупать его кончиками пальцев в поисках чего-либо необычного: уплотнений, опухолей и т.д. При обнаружении любых подозрительных симптомов необходимо немедленно обратиться к врачу.

ВЫВОДЫ

1. К эрогенным зонам относятся не только репродуктивные органы, но и те участки тела, которые могут служить источниками сексуального наслаждения. Точные сведения о расположении этих зон помогают человеку лучше понимать самого себя и своего партнера.

2. К вульве женщины относятся лобок, большие и малые половые губы, клитор и промежность. Клитор не следует рассматривать как миниатюрный половой член. Это особый орган, щедро снабженный сенсорными нервами и служащий исключительно для восприятия и трансформации сексуальных ощущений.

3. Вход во влагалище частично прикрыт складкой слизистой оболочки, известной под названием девственной плевы; наличие этой оболочки иногда считают неопровержимым доказательством девственности, хотя это неверно. Само влагалище - внутренний половой орган, мышечно-эластичная трубка, способная растягиваться и сокращаться; нервные окончания сосредоточены в основном вблизи входа во влагалище. Слизистая оболочка влагалища, сходная со слизистой ротовой полости, обеспечивает его смазку. Наличие на передней стенке влагалища "зоны Грефенберга" - участка, обладающего особенно высокой эротической чувствительностью, в настоящее время нельзя считать полностью доказанным.

4. Матка представляет собой полый мышечный орган, часть которого (шейка) выступает в просвет влагалища.

5. К мужским половым органам относятся половой член, мошонка, яички и различные внутренние структуры. Мужской половой член состоит из трех цилиндрических тел, образованных губчатой тканью и снабженных густой сетью кровеносных сосудов. Размеры полового члена в отсутствие эрекции сильно варьируют, но когда он находится в эрегированном состоянии, эти различия сглаживаются.

6. Головка полового члена покрыта крайней плотью; при обрезании крайнюю плоть удаляют, и головка обнажается. Никаких данных о положительном или отрицательном воздействии обрезания на сексуальные ощущения или сексуальную реактивность неизвестно.

7. Мошонка представляет собой кожный мешок, расположенный под половым членом; в ней находятся яички. С помощью имеющихся в мошонке мышечных волокон яички в ответ на изменения температуры или физической нагрузки способны приближаться к телу или отдаляться от него, обеспечивая таким образом сохранение температуры на уровне, необходимом для продуцирования сперматозоидов.

8. Продуцируемые в яичках сперматозоиды по длинной системе каналов (эпидидимис и се-мявыносящие протоки) переносятся из мошонки во внутренние структуры. В дальнейшем сперматозоиды смешиваются с семенной жидкостью из предстательной железы и семенных пузырьков, образуя сперму.

9. Молочные железы представляют собой модифицированные потовые железы; женской груди придается особое сексуальное значение, однако далеко не у всех женщин стимулирование груди вызывает сексуальное возбуждение. Многие женщины озабочены размерами их груди.

10. В сексуальной активности людей участвуют, кроме половых органов, другие части тела - ротовая полость, язык, губы, бедра, ягодицы, анальное отверстие и кожа. Они тоже могут быть источниками сексуального возбуждения.

Вопросы для размышления

1. Следует ли посвящать детей в проблемы сексуальной анатомии? Когда, по вашему мнению, можно рассказать им об этом? Надо ли стараться, чтобы дети пользовались правильными терминами или можно допускать сленговые выражения? Если использовать сленг, то следует ли считать некоторые слова более приемлемыми, чем другие?

2. Каким образом в нашем обществе девочкам нередко внушают негативные представления о строении их тела? Создаются ли аналогичные представления у мальчиков?

3. Сравните клитор и половой член по их функции, значению, участию в сексуальной активности и т.п. Известно, что в определенные исторические времена половому члену отводили важную роль в искусстве, литературе и даже в научных теориях (например, Фрейд). Почему все это не коснулось клитора?

4. В Америке нередко прибегают к увеличению или уменьшению груди хирургическим путем. Оправданы ли такие операции с медицинской точки зрения или они производятся главным образом по эстетическим соображениям?

5. Отмечается ли в нашем обществе негативное отношение к мужчине, не подвергшемуся обрезанию? Чем объясняется такое отношение, если оно существует, или чем объясняется его отсутствие? Какие другие соображения, помимо религиозных, могут влиять на решение родителей подвергнуть младенца обрезанию?

6. В книге сказано, что "в большинстве случаев первое половое сношение для девушки или женщины не бывает болезненным и не сопровождается кровотечением". Каков ваш личный опыт в этом отношении? Что это такое "в первый раз" для представителей как одного, так и другого пола?

4 глава.

Физиология сексуальности

Оргазм подобен фейерверку. Сначала взлет, затем все как бы замирает и вдруг вспышка света - яркое слепящее солнце загорается на лазурном небе, а потом медленный путь вниз, пока не приблизятся земля, реки, поля или городская улица. Вы чуть касаетесь земли и вновь взмываете вверх... Касаетесь еще раз, где-то мелькает огонь... и вы погружаетесь в глубокий освежающий сон (Berne, 1971).

Оргазм может быть тихим и нежным как легкая зыбь на воде или едва слышный вздох; но это может быть и бурное чувственное переживание, когда по всему телу разливается горячая волна; иногда оргазм достигает такой силы, что начинаешь кричать и биться; он может довести до экстаза, когда на мгновение перестаешь ощущать реальность происходящего (Boston Women's Health Book Collective, 1976, p. 45).

Иногда мне кажется, что оргазму придают слишком большое значение. Ведь больше половины удовольствия - это путь к нему. (Из архива авторов, высказывание 23-летней женщины)

Как показывают приведенные здесь цитаты, люди по-разному воспринимают свои сексуальные реакции. Однако основные характеристики физиологического ответа организма на сексуальное возбуждение одинаковы, независимо от того, вызвано ли оно прикосновениями, поцелуями, половым актом, мастурбацией, фантазией, просмотром кинофильмов или чтением книги. Такое утверждение отнюдь не означает, что секс - это всего лишь физиологический или даже механический процесс; механического в нем не больше, чем в танце или игре на скрипке - действиях, которые можно назвать механическими только потому, что в них участвуют определенные части тела, выполняющие двигательные функции. Сексуальная реакция человека многомерна; она зависит от его чувств, мыслей, знаний, ценностей, которых он придерживается, и многих других факторов, в сочетании с биологическими рефлексами рождающими целостное переживание.

Чтобы понять всю сложность феномена сексуальности, следует подробно изучить его физиологическую основу, т.е. функции половых органов. Осведомленность в этом вопросе поможет устранить неверные представления о сексе, развеять определенные мифы и в конечном итоге усилить ваши сексуальные реакции и реакции вашего партнера. Знакомство с физиологией секса весьма полезно еще и потому, что полученные сведения облегчат понимание многих половых расстройств, обсуждаемых в дальнейших главах этой книги.

Источники сексуального возбуждения

В разговорах о сексуальном возбуждении часто используют такие выражения, как "я включился", "завелся" или "загорелся". В каждом из этих выражений сексуальное возбуждение уподобляют энергетической системе, и для начала такое сопоставление полезно. С научной точки зрения сексуальное возбуждение можно определить как активацию сложной системы рефлексов, в которой участвуют половые органы и нервная система. Головной мозг, которому в организме отведены регуляторные функции, выполняет эти функции при помощи электрических и химических импульсов, передающихся различными органами по спинному мозгу и периферическим нервным

волокнам. Импульсы от возможных источников сексуального возбуждения (кожи, половых органов, молочных желез) интегрируются и фокусируются в головном мозгу, преобразуясь в сексуальные мысли, ощущения или картины, без которых сексуальная реакция была бы раздробленной и неполной. Иногда сексуальное возбуждение бывает связано только с головным мозгом, т.е. человек возбуждается в отсутствие каких-либо явных физических изменений в других частях тела. А иногда интенсивность ощущений, возникающих в половых органах, так велика, что человек почти перестает воспринимать происходящее вокруг него.

Сексуальное возбуждение может возникать при самых разных обстоятельствах. Оно может быть результатом осознанных действий, поцелуев, объятий, чтения или просмотра кинофильма эротического содержания, но может возникнуть и без внешних причин, неожиданно, против желания человека. Вполне реальны, например, такие ситуации: 1) у 12-летнего мальчика происходит эрекция в переполненной душевой в школе; 2) студентка-медик - ярая феминистка - приходит в состояние сексуального возбуждения, наблюдая сцену изнасилования на киноэкране; 3) студентка-медик испытывает сексуальное возбуждение при осмотре пожилого мужчины; 4) адвокат приходит в состояние сексуального возбуждения, обсуждая со своей клиенткой детали ее бракоразводного процесса. Такое неожиданное сексуальное возбуждение может создавать известные неприятности, однако в нем нет ничего аномального, и подобная ситуация знакома большинству людей.

Разнообразны также и факторы, вызывающие сексуальное возбуждение. Процесс возбуждения может быть запущен непосредственно физическим контактом, например прикосновением или поцелуем, а может быть вызван словами (например такими: "Давай займемся любовью"), жестом, зрительным сигналом (обнаженность, обтягивающая одежда и т.д.). Оно может также стимулироваться фантазией или реальной жизненной ситуацией: ритмическими толчками движущегося автомобиля, трением половых органов об одежду, прикосновением к ним струй воды в душе. Сексуальное возбуждение возникает у представителей всех возрастных групп - от младенцев до пожилых людей; оно может иметь место как во сне, так и наяву. У мужчины бывает до 5-6 эрекций за ночь во сне (каждая продолжается от 5 до 10 мин); у женщин во время сна происходят аналогичные эпизоды увлажнения влагалища (Masters, Johnson, 1966; Abel et al., 1979). Эти рефлекторные реакции возникают автоматически и не зависят от содержания снов.

Цикл сексуальной реакции

До 1960-х годов сведений о том, как организм реагирует на сексуальное возбуждение, было относительно немного. Данные Кинзи о способности женщин испытывать более одного оргазма за один половой акт (Pomeroy, 1966) не вызывали у ученых доверия. Считалось, что увлажнение влагалища создают железы, находящиеся в шейке матки, и бартолиновы железы. Механизмы, регулирующие эрекцию и эякуляцию у мужчины, также оставались не вполне ясными. Из этических соображений сексуальную реакцию изучали на животных. В 1966 г. были впервые опубликованы результаты исследования сексуальной физиологии человека, основанные на более чем 10 000 лабораторных наблюдений за сексуальной активностью 382 женщин и 312 мужчин (Masters, Johnson, 1966).

Согласно полученными данным, сексуальную реакцию человека можно описать как цикл, состоящий из четырех фаз: возбуждение, плато, оргазм и разрешение. Эти фазы соответствуют разным уровням сексуального возбуждения и обозначают типичные реакции, возникающие у людей во время полового акта. Следует иметь в виду, что хотя

предложенный цикл удобно использовать в качестве модели, выделенные в нем фазы достаточно произвольны; они не всегда четко отделены друг от друга и сильно варьируют как у данного человека в разное время, так и у разных людей. Кроме того, надо помнить, что физиологические процессы, связанные с сексуальной реакцией, это не просто физические изменения, оторванные от мыслей и от чувств, но составная часть вовлеченности и осознанного участия в сексуальной реакции всего человека.

Цикл сексуальной реакции обычно развивается в определенной последовательности, однако, как это видно на рис. 4.1, ее упрощенная схема может сильно варьировать. Иногда возбуждение быстро нарастает и вскоре приводит к оргазму. В других случаях оно нарастает медленно, на протяжении нескольких часов (например, за романтическим ужином вдвоем), так что остальная часть цикла может показаться относительно быстротечной. Стадия плато не всегда приводит к оргазму, так как сильное возбуждение, характеризующее эту фазу, может рассеяться и человек вернется к начальной стадии цикла. При прекращении сексуальной стимуляции возможен даже возврат в невозбужденное состояние.

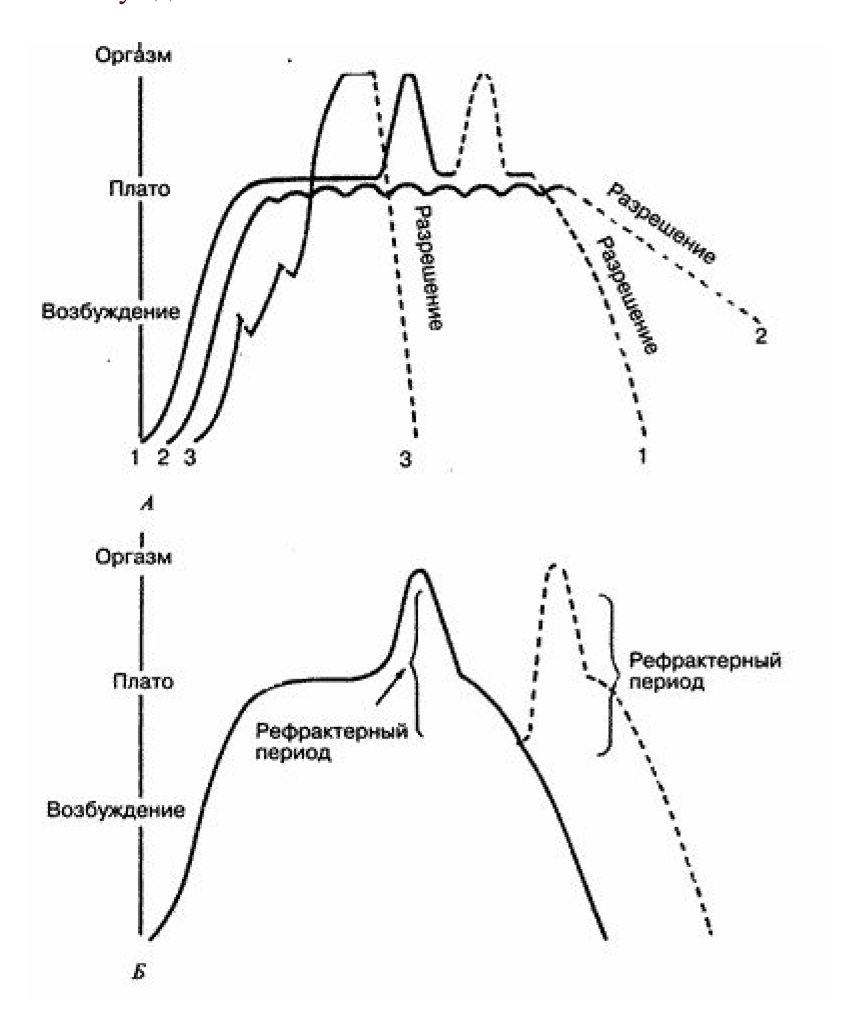


Рис. 4.1

Цикл сексуальной реакции (Masters, Johnson, 1966)

Рефрактерный период

А. Три типичных варианта сексуальной реакции женщины. Тип 1 - многократный оргазм; тип 2 - возбуждение нарастает до уровня плато, но не достигает оргазма (обратите

внимание на то, что разрешение происходит очень медленно); тип 3 - несколько кратковременных спадов возбуждения, за которыми следует еще более быстрая фаза разрешения

Б. Самая типичная форма сексуальной реации у мужчины. Прерывистой линией показан один из возможных вариантов: второй оргазм и эякуляция, происходящие после окончания рефрактерного периода. Возможны и другие варианты, в том числе такие, которые соответствуют типам 2 и 3 сексуальной реакции женщины

В сексуальной реакции человека участвуют два физиологических процесса:

1) гиперемия, или увеличение притока крови к половым органам и молочным железам (у женщин);

2) усиление нервно-мышечного напряжения, или миотония. В данном случае напряжение означает не негативное физическое состояние ("ощущение напряженности"), а накопление энергии в мышцах. В ответ на сексуальное возбуждение миотония захватывает все тело, а не только половые органы.

Хотя в сексуальных реакция мужчины и женщины имеются некоторые различия, они во многом сходны. Физиология сексуальной реакции одинакова также у гетеро- и гомосексуалов (Masters, Johnson, 1979).

Прежде чем перейти к обсуждению специфических деталей сексуальной реакции, следует высказать одно предостережение. Нередко возникает соблазн считать скорость возникновения сексуальных реакций (эрекции, увлажнения влагалища или мышечных сокращений при оргазме), их величину и интенсивность показателями удовлетворения, испытываемого данным индивидом, и его или ее сексуальных талантов. Это все равно, что сказать, будто банка с чилийским соусом "лучше" бифштекса из вырезки просто потому, что соус вызывает более быструю и обильную секрецию пищеварительных ферментов, чем бифштекс. В обоих случаях ("лучшая" пищеварительная реакция, "лучшая" сексуальная реакция) степень "превосходства" наслаждения, испытываемого одним человеком по сравнению с другим, зависит от их взглядов на вещи и от удовлетворения, получаемого каждым из них лично.

Возбуждение

Возбуждение создается в результате сексуальной стимуляции, которая может быть физической, психологической или сочетанием той и другой. Сексуальные реакции сходны с другими физиологическими процессами, которые могут быть вызваны не только непосредственным контактом, но также зрительными, обонятельными или эмоциональными стимулами или даже мыслями. Например, мысли о еде, запах свежеиспеченных булочек или телевизионная реклама могут привести к выделению желудочного сока, а страх способен стимулировать сложный комплекс рефлексов, в том числе потоотделение, учащение пульса и повышение кровяного давления.

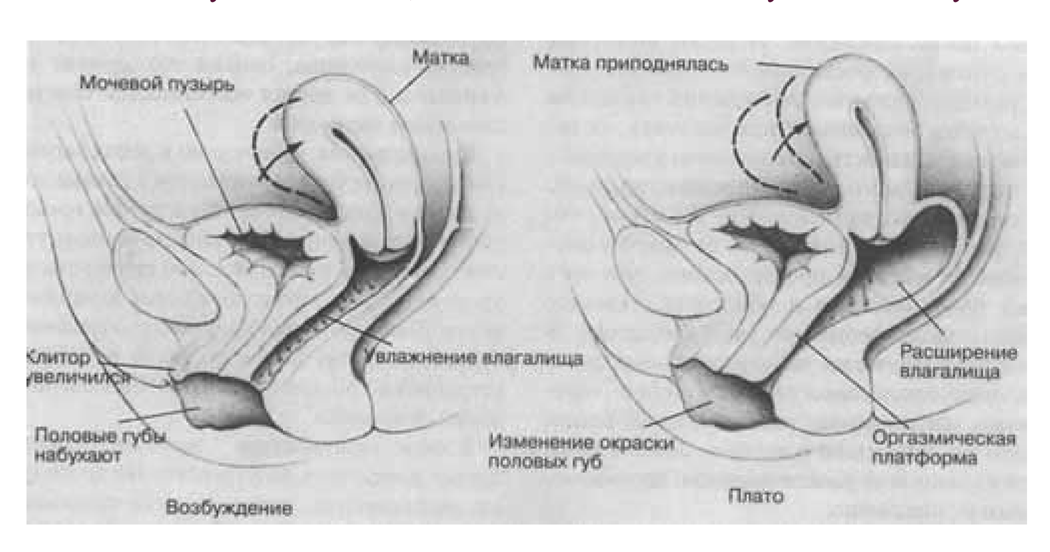
Женщина

Первым признаком сексуального возбуждения у женщины служит увлажнение влагалища, возникающее через 10-30 с после начала сексуальной стимуляции. Увлажнение влагалища обусловлено гиперемией, т.е. приливом крови в сосуды, находящиеся в его стенках, что

приводит к просачиванию влаги сквозь слизистую влагалища в результате процесса, называемого транссудацией. Вначале появляются отдельные капельки секрета, которые затем сливаются и в конечном счете смачивают всю внутреннюю поверхность влагалища. В самом начале фазы возбуждения количество жидкости может быть так мало, что ни сама женщина, ни ее партнер не замечают этого. По мере того как увлажнение влагалища усиливается, жидкость иногда вытекает наружу, смачивая половые губы и отверстие влагалища, однако это зависит от позы женщины и от других особенностей сексуального поведения партнеров.

Консистенция, количество и запах вагинальной слизи значительно различаются у разных женщин, а также у данной женщины в разное время. В отличие от общепринятого мнения степень увлажнения влагалища не обязательно свидетельствует об уровне сексуального возбуждения женщины или о ее "готовности" к половому акту. Увлажнение облегчает введение полового члена во влагалище и устраняет возможность неприятных ощущений во время фрикций.

В фазе возбуждения у женщин происходят и другие изменения. Внутренние две трети влагалища расширяются, шейка и матка приподнимаются, а большие половые губы уплощаются и раздвигаются (рис. 4.2). Кроме того, малые половые губы увеличиваются в диаметре; клитор также увеличивается в результате наполнения его сосудов кровью. Соски эрегируют вследствие сокращения мелких мышечных волокон. К концу фазы возбуждения (опять-таки в результате наполнения сосудов кровью) вены на молочных железах выступают сильнее, а сами железы также могут несколько увеличиться.



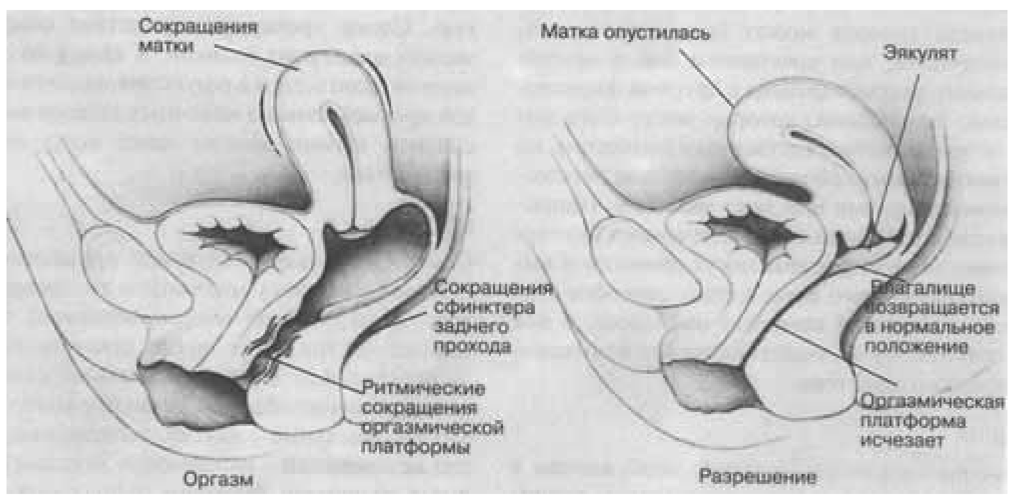


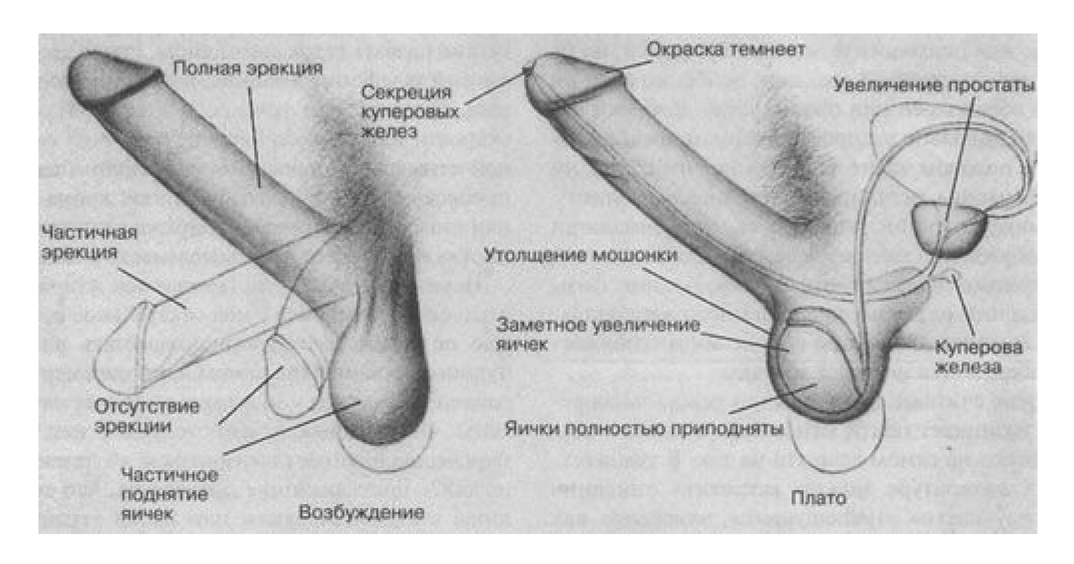
Рис. 4.2

Внутренние изменения, сопровождающие цикл сексуальной реакции женщины

Мужчина

Самый заметный физический признак сексуального возбуждения у мужчины - это эрекция полового члена, которая обычно возникает через несколько секунд после начала сексуальной стимуляции (рис. 4.3). Хотя такая реакция, казалось бы, не имеет ничего общего с увлажнением влагалища, это параллельные события, вызываемые одной и той же причиной - гиперемией. Эрекция происходит в результате быстрого наполнения пещеристых тел полового члена кровью. В настоящее время еще не установлено, обусловлено ли это наполнение тем, что вены, обеспечивающие отток крови из полового члена, не справляются с большим объемом поступающей крови, или же отток ограничивают имеющиеся в кровеносных сосудах особые клапаны (Weiss, 1972; Kane, Siroky, 1981). Каким бы ни был точный механизм, увеличение размеров и твердость полового члена в состоянии эрекции обусловлены повышенным давлением жидкости; таким образом, на простейшем уровне эрекцию можно рассматривать как гидравлический процесс. Несмотря на кажущуюся механическую простоту, мужчина может прийти в состояние физического и/или психологического возбуждения, но не достигнуть настоящей эрекции, особенно если он чем-то обеспокоен или просто устал. Вопреки некоторым довольно распространенным представлениям, в половом члене человека нет ни кости, ни особой мышцы, регулирующей процесс эрекции.

У многих животных имеется бакулюм (os penis). Покойный д-р Фрэнсис Райан (Francis Ryan) - зоолог, читавший курс лекций по сравнительной анатомии в Колумбийском университете, размахивая в воздухе костью величиной с большую бейсбольную биту, весело вопрошал: "Может ли кто-нибудь сказать, что это такое?" Не дождавшись ответа от своей аудитории, от объявлял: "Это, джентльмены, os penis гренландского кита". Сделав эффектную паузу, он добавлял: "Тяжела жизнь в Арктике!"



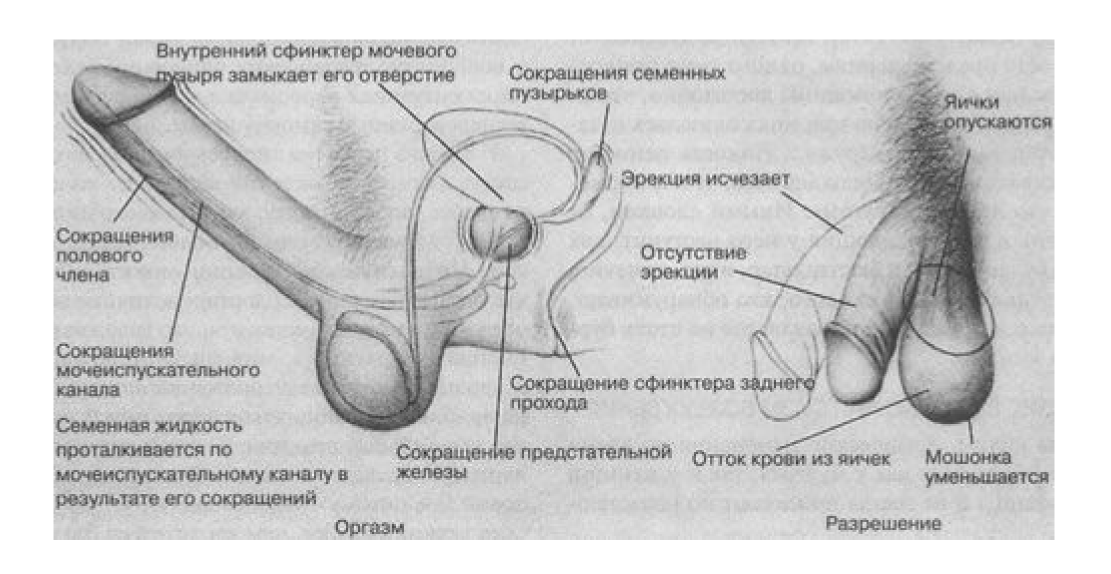


Рис. 4.3

Внешние и внутренние изменения, сопровождающие цикл сексуальной реакции мужчины

Помимо эрекции, кожные складки мошонки при возбуждении начинают разглаживаться, а яички несколько подтягиваются к телу. К концу фазы возбуждения размеры яичек немного увеличиваются. Эрекция сосков при сексуальном возбуждении наблюдается не у всех мужчин.

Многие считают, что у мужчин сексуальная реакция возникает почти мгновенно и притом всегда, однако на самом деле это не так. В художественной литературе можно встретить описания "пульсирующего" "трепещущего", "твердого как сталь" полового члена, но это в значительной степени плоды фантазии авторов. Как отмечает Зильбергельд (Zillbergeld, 1978), по нашим далеким от реальности представлениям, одного лишь прикосновения или взгляда женщины достаточно, чтобы пенис вспрыгнул, и если ширинка оказалась незастегнутой, выскочил наружу... Никогда пенис не выскакивает на свет просто для того, чтобы посмотреть, что делается кругом". Иными словами, от мужчины ждут, что эрекция у него наступит, как только будет сброшен бюстгальтер, и это, конечно, создает проблему для каждого, кто обнаруживает, что у него возбуждение проявляется не столь бурно или заметно.

Различия в протекании фазы возбуждения

Как мы видим, физические изменения во время фазы возбуждения как у мужчин, так и у женщин непостоянны и не всегда протекают по нарастающей. Разного рода отвлекающие факторы, как психологические, так и физиологические, нередко нарушают нарастание сексуального напряжения, которое служит главным признаком возбуждения. Среди бесчисленного множества таких факторов можно назвать гудок автомобиля, стук в дверь, внезапный телефонный звонок, изменение положения тела, судорогу или урчание в животе. Изменение скорости или способа непосредственной сексуальной стимуляции также могут временно нарушить процесс сексуального возбуждения; кроме того, те или иные ласки, продолжающиеся слишком долго, иногда притупляют чувствительность к ним.

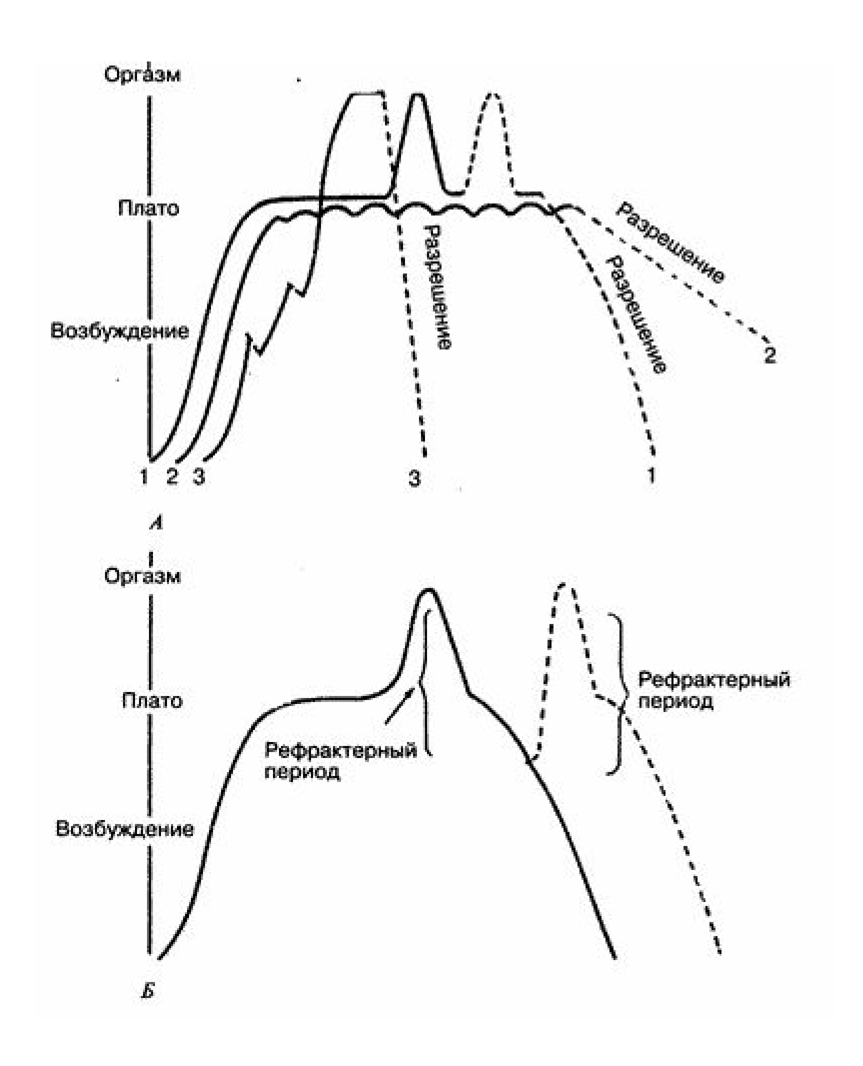
Некоторые люди расстраиваются или беспокоятся, если возникшее у них сексуальное возбуждение не продолжает упорно нарастать вплоть до бурного оргазма. При самом кратковременном ослаблении эрекции у мужчины он может начать думать: "Я становлюсь

импотентом", или же его партнерша начинает волноваться: "Я делаю что-то не так?" Если женщине показалось, что ее влагалище становится сухим или соски теряют твердость, у нее (или у ее партнера) могут возникнуть аналогичные тревоги. В результате непосредственность сексуального поведения может нарушиться, и восприятие физических ощущений ослабеет. В таких ситуациях первоначальные опасения нередко перерастают в самовнушение.

У любого человека гиперемические механизмы сексуального возбуждения действуют то сильнее, то слабее, подобно тому, как у каждого из нас флуктуирует большинство физиологических процессов. Интенсивность эрекции может снижаться, что сказывается на твердости и величине полового члена; или может показаться, что увлажнение влагалища прекратилось, хотя физические ощущения и нервно-мышечное напряжение явно указывают на приближение обоих партнеров к фазе плато цикла сексуальной реакции. В такой ситуации, если партнеры впадают в панику или прекращают половой акт, потому что они "видят", что их физическая реакция слабее, чем им хотелось бы или чем они ожидали, они фактически сами обрекают себя на неудачу.

Плато

В фазе возбуждения отмечается ясно выраженное повышение сексуального напряжения по сравнению с базовым уровнем (невозбужденное состояние). На рис. 4.1 видно, что в фазе плато поддерживаются и усиливаются высокие уровни сексуального возбуждения, подготавливающие почву для оргазма. Продолжительность фазы плато сильно варьирует. У мужчин, которым трудно контролировать эякуляцию, эта фаза может быть совсем короткой. У некоторых женщин короткая фаза плато может предшествовать исключительно интенсивному оргазму. У других людей длительное неторопливое плато приносит глубокое интимное "высокое" эротическое наслаждение.



Женщина

В фазе плато у женщин сильно выраженное наполнение кровью дистальной трети влагалища приводит к набуханию его тканей. Эта реакция, называемая оргазмической платформой, сужает отверстие влагалища на 30% или более. Одна из причин того, почему для физической стимуляции женщины во время полового акта не имеют большого значения размеры полового члена, связана со способностью дистальной части влагалища или оргазмической платформы "обхватывать" половой член, когда сексуальное возбуждение достигает уровней плато. В фазе плато две проксимальные трети влагалища увеличиваются еще сильнее, а матка несколько приподнимается в результате повышения тонуса мышц. В этой фазе секреция вагинальной слизи нередко замедляется по сравнению с фазой возбуждения, особенно если фаза плато продолжается долго.

Как уже упоминалось в гл. 3, по мнению некоторых женщин большие размеры полового члена могут играть важную роль в психологической стимуляции, а некоторые женщины заявляют, что большой член сильнее стимулирует их чисто физически. Как говорится, каждому свое.

В фазе плато клитор оттягивается назад, на лобковую кость. В результате этого и наполнения кровью половых губ клитор оказывается прикрытым (рис. 4.4), а его головка - частично защищенной от прямого прикосновения. Однако чувствительность клитора при этом не уменьшается, а стимуляция лобка или половых губ вызывает возбуждение клитора.

В пятидесятых годах во всех руководствах для молодых супругов указывалось, что наилучший способ вызвать сексуальную реакцию у женщины состоит в том, чтобы найти клитор и стимулировать его. Было бы интересно узнать, сколько мужчин впадало в панику, когда в результате ретракции клитора создавалось впечатление, что он исчез.

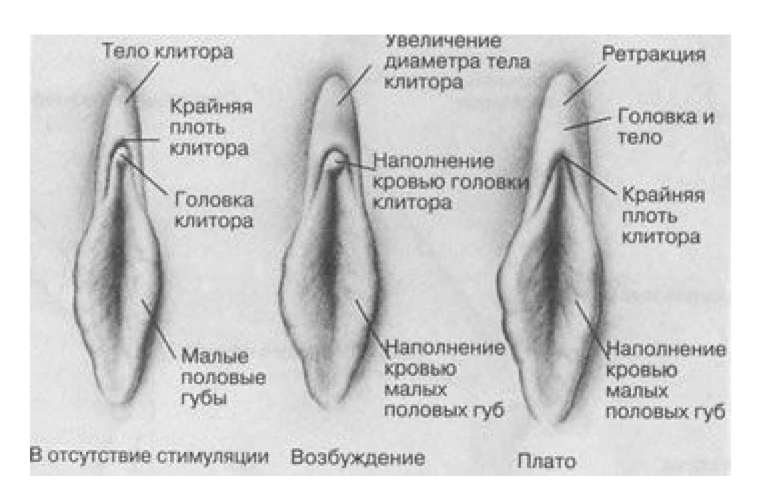


Рис. 4.4

Клитор и половые губы женщины в цикле сексуальной реакции

В фазе плато клитор скрыт под своей крайней плотью, но при этом он сильно гиперемирован. Фаза оргазма опущена ввиду отсутствия информации

Малые половые губы резко увеличиваются вследствие переполнения кровью и становятся вдвое или втрое толще. При этом они раздвигают большие половые губы, открывая непосредственный доступ к отверстию влагалища. Все это сопровождается заметными изменениями окраски малых губ. У женщин, которые никогда прежде не были беременны, малые губы из розовых становятся ярко-красными, тогда как у женщин, уже имевших беременность, их окраска варьирует от ярко-красной до темно-вишневой, поскольку более обильные кровеносные сосуды обеспечивают более сильный приток крови к этой области. Мастерс и Джонсон (1966) отмечают, что продолжение эффективной сексуальной стимуляции после изменения окраски малых губ всегда приводит к оргазму. Во всех 7500 изученных циклах сексуальной реакции у женщин оргазму непременно предшествовало изменение окраски малых половых губ.

В конце фазы возбуждения околососковые кружки у женщин начинают набухать. В фазе плато набухание продолжается, достигая такой степени, что первоначальная эрекция сосков становится незаметной (рис. 4.5). Увеличение молочных желез в фазе плато особенно резко выражено у женщин, не кормивших грудью, и составляет в среднем 20-25% от начальных размеров. У женщин, которые уже кормили грудью, это увеличение бывает выражено слабее или вообще отсутствует, что объясняется более развитым венозным оттоком; при этом, однако, грудь этих женщин не утрачивает способности к эротическим ощущениям.

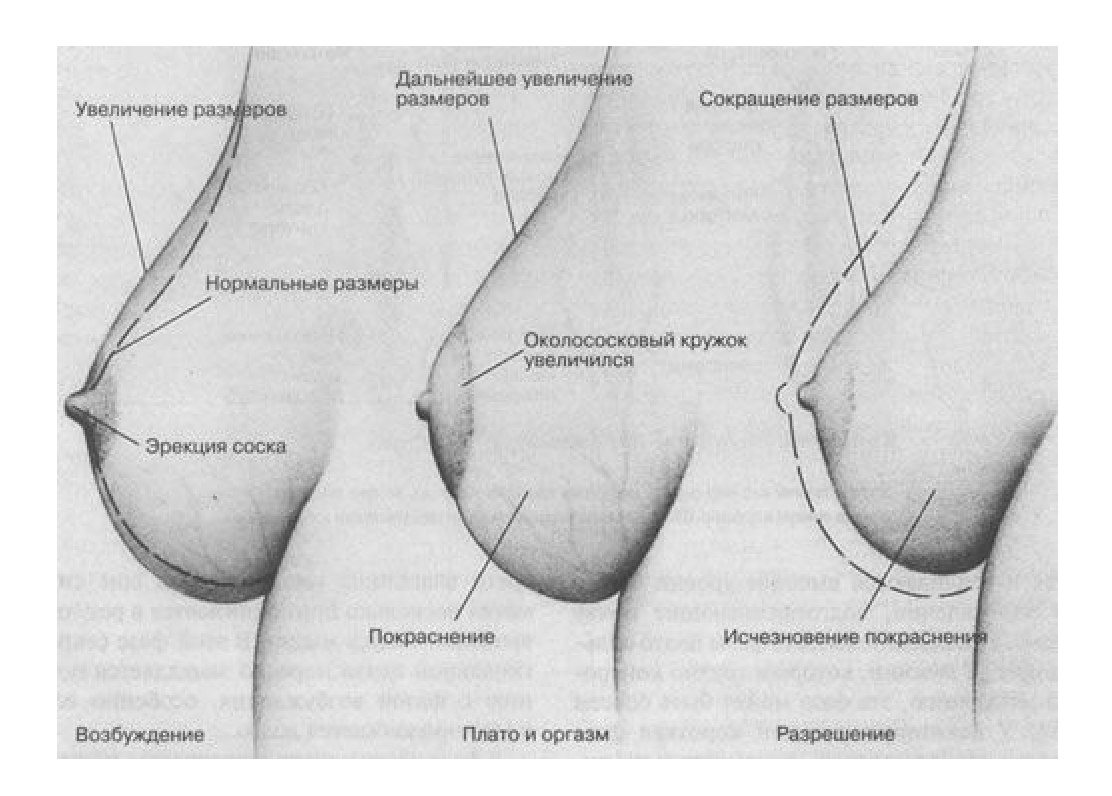


Рис. 4.5

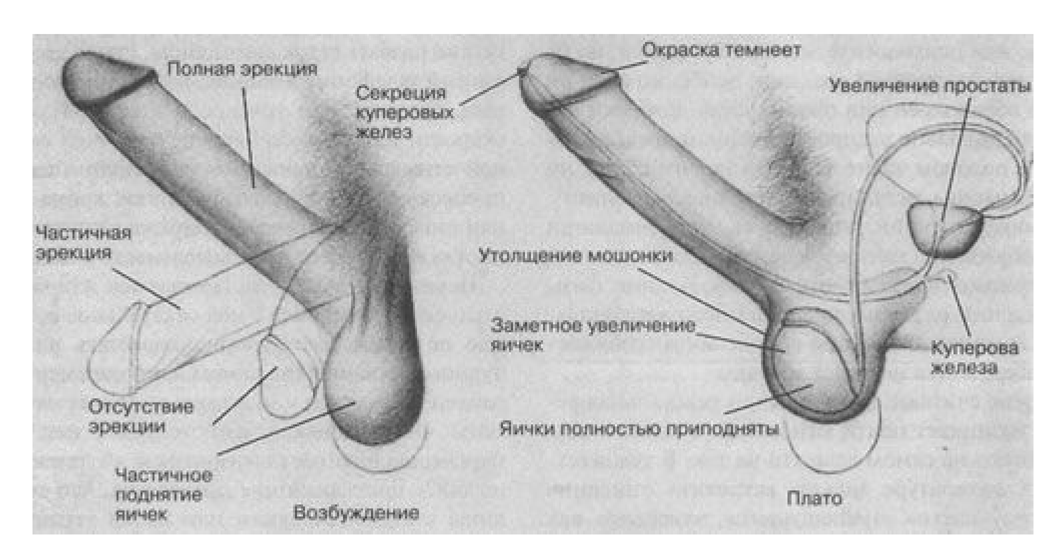
Изменения молочных желез у женщины в цикле сексуальной реакции

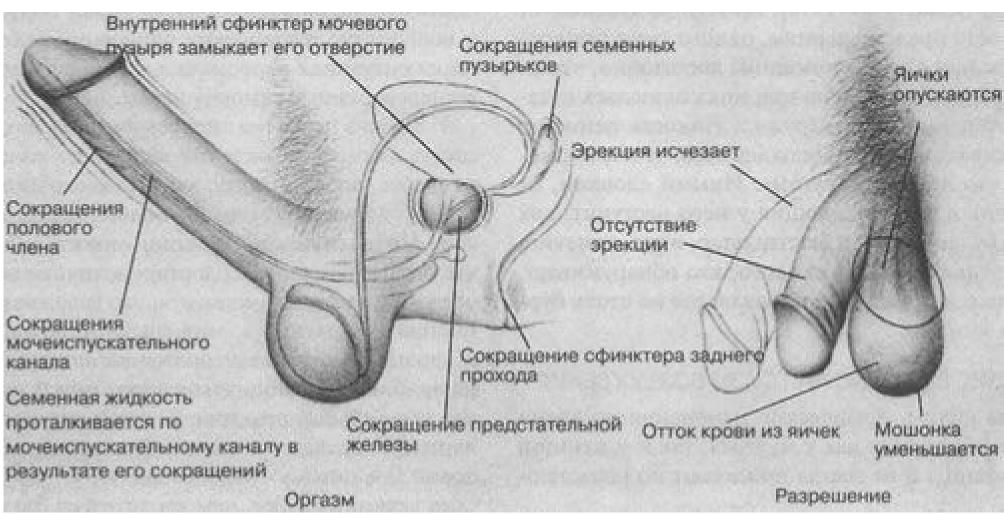
В результате быстрого уменьшения набухания околососковых кружков, происходящего после оргазма, часто создается впечатление, что соски снова напряглись.

В конце фазы возбуждения или в начале плато у 50-75% женщин и примерно у 25% мужчин на коже появляются красноватые пятна, напоминающие коревую сыпь. Такое покраснение кожи возникает обычно под грудиной, в верхней части живота, а затем быстро распространяется на грудь. Оно может захватить и другие части тела - шею, ягодицы, спину, руки, ноги и лицо. Это покраснение обусловлено изменениями в распределении и характере кровотока непосредственно под поверхностью кожи.

Мужчина

У мужчин в течение фазы плато (рис. 4.3) головка полового члена вблизи венца заметно увеличивается в диаметре. В результате притока крови окраска в этой области нередко темнеет. Наполнение кровью приводит также к набуханию яичек, величина которых возрастает на 25-50% по сравнению с первоначальными размерами.





По мере того как сексуальное напряжение нарастает, приближаясь к оргазму, яички не только продолжают подтягиваться к телу, но и поворачиваются таким образом, что их задние поверхности прижимаются к промежности (область между мошонкой и анальным отверстием). После того как яички вплотную подтянулись к телу, наступление оргазма становится неизбежным. У некоторых мужчин яички подтягиваются лишь частично. Неполное подтягивание яичек в фазе плато нередко сопровождается понижением эякуляционного давления во время оргазма у мужчины (Masters, Johnson, 1966).

Иногда в фазе плато из мочеиспускательного канала мужчины выделяется небольшое количество прозрачной жидкости. Предполагается, что эта жидкость секретируется куперовыми железами и иногда содержит живые сперматозоиды. Многие мужчины во время фазы плато ощущают какое-то внутреннее давление или тепло, что обусловлено гиперемией в области простаты и семенных пузырьков.

Помимо только что описанных ощущений и изменений, у мужчин и женщин во время фазы плато происходит ряд других изменений: общее усиление нервно-мышечного напряжения, особенно сильно выраженное в области ягодиц и бедер; увеличение частоты сердечных сокращений, позволяющее ощутить как стучит сердце; учащение дыхания, а также небольшое повышение кровяного давления.

Оргазм

Если эффективная сексуальная стимуляция продолжается почти до окончания плато, то на пике сексуального возбуждения может наступить момент внезапной разрядки накопленного организмом сексуального напряжения, называемой оргазмом. Иногда оргазм называют климаксом или "концом". Эрик Берн (Eric Berne, 1971) заметил, однако: "Вначале климакс казался вполне приличным словом, но его так затрепали в газетах, что теперь климакс воспринимается просто как некий последний штрих". Мы также предпочитаем слово "оргазм". В биологическом отношении оргазм - самая короткая фаза сексуальной реакции; она обычно продолжается всего несколько секунд, в течение которых ритмические мышечные сокращения создают очень сильные физические ощущения, сменяющиеся быстрым расслаблением. Психологически оргазм - это период наслаждения и безмятежности - мысли обращены в себя, чтобы в полной мере прочувствовать все произошедшее.

Оргазмы протекают по-разному не только у разных людей, но и у одного человека в разное время. Иногда это бурный взрыв эмоций, доводящий до исступления, тогда как в других случаях оргазм бывает мягче, протекая менее интенсивно и драматично. Ведь если вам очень жарко и пересохло во рту, вода со льдом вам покажется намного вкуснее, чем в прохладную погоду, когда и пить-то не хочется. Интенсивность оргазма зависит от множества факторов: времени, прошедшего после предыдущего оргазма, физического состояния партнеров, их настроения, отношения друг к другу и т.д.

Таким образом, попытка классифицировать оргазмы скорее всего обречена на неудачу, поскольку опыт каждого человека сугубо индивидуален. Интенсивные мышечные сокращения при одном оргазме вовсе не означают, что он "лучше", чем другой оргазм, при котором мышечная активность менее интенсивна. Более мягкий в физиологическом плане оргазм может быть воспринят как сильный и прекрасный и принести большее удовлетворение, чем физиологически более бурный оргазм.

Женский оргазм

До середины XX в. многие люди (в том числе и врачи) считали, что женщины неспособны испытывать оргазм. Такое представление несомненно отражало существующий в обществе взгляд на половой акт как на нечто постыдное, что мужчина делает с женщиной для собственного удовольствия. Женщинам веками внушали, что они "должны выполнять свои супружеские обязанности", предоставляя свое тело мужу; однако их предупреждали, что "порядочные" женщины не должны получать от этого удовольствие. Поскольку признаки оргазма в те времена считались неприличными, полагали, что благородные женщины не должны ощущать ничего подобного. Иными словами, женщинам внушали: "Вы не можете испытывать физическое удовольствие от секса, а если и можете, то не должны". Теперь, однако, ясно, что к оргазму способны как мужчины, так и женщины.

Оргазм у женщины сопровождается происходящими одновременно ритмическими мышечными сокращениями матки, передней стенки влагалища (оргазмическая платформа) и ануса. Несколько первых сокращений очень интенсивны и следует одно за другим с интервалами 0,8 с. Затем сила и продолжительность сокращений несколько уменьшаются и интервалы становятся менее регулярными. При мягком оргазме число сокращений ограничивается 3-5, тогда как при интенсивном оно достигает 10-15.

Оргазм - это реакция, в которой участвует весь организм, а не только тазовая область. Во время оргазма на энцефалограмме регистрируются четко выраженные изменения (Cohen, Rosen, Goldstein, 1976), а во многих участках тела в этой фазе сексуальной реакции

наблюдаются мышечные сокращения. Кроме того, в этой фазе покраснение кожи достигает наибольшей интенсивности и самого широкого распространения.

Описывая оргазм у женщин, часто отмечают, что он начинается с чувства тревоги, которое очень скоро сменяется чрезвычайно приятным ощущением, возникающим в клиторе и быстро распространяющимся по всему тазу. Женщины часто упоминают о возникновении в половых органах ощущения тепла, наэлектризованности или трепетности, которые обычно распространяются по всему телу. Наконец, большинство женщин ощущают мышечные сокращения во влагалище или в малом тазу, которые часто воспринимаются как "пульсация таза".

Распространенное мнение о том, что у женщин во время оргазма происходит эякуляция, ошибочно. Такие сведения, вероятно, почерпнуты из эротических романов, в которых описывается, как женщина, достигнув высшей точки сексуального наслаждения, извивается и стонет, а из влагалища у нее извергается некая жидкость. Такие описания безусловно могут помочь распродаже соответствующей литературы, но они не очень-то соответствуют реальности.

Четких доказательств существования у женщин какой-либо формы "эякуляции" нет, тем не менее ряд исследователей полагают, что у некоторых женщин во время оргазма из мочеиспускательного канала выделяется жидкость, сходная с семенной жидкостью мужчин (Grafenberg, 1950; Sevely, Bennett, 1978; Belzer, 1981; Perry, Whipple, 1981). Было высказано предположение, что эта жидкость продуцируется некой "женской простатой", рудиментарными железами (парауретальные железы), расположенными вокруг мочеиспускательного канала; в процессе эмбрионального развития эти железы образуются из тех же тканей, что и простата у мужчин. Согласно одной из гипотез, анатомически "женская простата" соответствует "зоне G", однако эта идея, вызвавшая довольно оживленную дискуссию, не получила научного подтверждения (Bohlen, 1982; Kaplan, 1983). И хотя имеется сообщение, что жидкость, выделившаяся у одной женщины при такого рода явлении, не была мочой (Addiego et al., 1981), более детальное исследование шести других "эякулировавших" женщин показало, что выделяемая ими во время оргазма жидкость ничем не отличалась от мочи (Goldberg et al., 1983).

Данные относительно числа женщин, у которых якобы обнаружена эта реакция, также противоречивы. Первоначально Перри и Уиппл (Perry, Whipple, 1980) утверждали, что эякуляцию испытывают 10% женщин, впоследствии они заявили, что эта цифра "приближается к 40%" (Ladas, Whipple, Perry, 1982). Результаты анкетирования, сравнительно недавно проведенного Дарлингом и др. (Darling, Davidson, Conway-Welch, 1990), подтверждают эту цифру. Проведенный нами опрос примерно 300 женщин в возрасте от 18 до 40 лет показал, что лишь 14 из них ощущали во время оргазма что-то похожее на выброс или истечение жидкости; при этом мы на самом деле наблюдали несколько случаев выделения у женщин какой-то жидкости, которая не была мочой (Masters, 1982).

Заметим, однако, что большая часть случаев так называемой женской эякуляции обусловлена недержанием мочи, при котором последняя выбрасывается из мочеиспускательного канала в результате физического напряжения, вызванного сексуальным возбуждением. Поскольку это состояние обычно можно устранить с помощью упражнений по Кеджелу или малой хирургии, то, если такая реакция беспокоит женщину, ей следует обратиться к врачу.

Мужской оргазм

Оргазм у мужчин делится на два ясно выраженных этапа. На первом этапе семявыносящие протоки (две трубки, по которым течет сперма), простата и семенные пузырьки начинают сокращаться, проталкивая семенную жидкость в уретру между ее внутренним и наружным сфинктерами. При возникновении этих сокращений мужчина начинает ощущать императивность эякуляции, т.е. чувствует, что он достиг предела, после которого он уже не может контролировать процесс. Это ощущение неизбежности соответствует действительности, так как после его возникновения остановить эякуляцию уже невозможно. На втором этапе мужского оргазма к сокращениям простаты добавляются сокращения мышц мочеиспускательного канала и полового члена, что приводит к эякуляции - выбрасыванию спермы из кончика полового члена.

У женщин нет четко выраженного момента наступления неизбежности оргазма, подобного этапу императивности оргазма в цикле сексуальной реакции у мужчин. Оргазм у женщин может прерваться, если что-то отвлечет ее, тогда как у мужчины, достигшего "императивности", оргазм наступает во что бы то ни стало.

Во время эякуляции шейка мочевого пузыря плотно закрыта; благодаря этому при прохождении спермы она не смешивается с мочой. Ритмичные сокращения мышц промежности и полового члена (создающие физическую силу, необходимую для продвижения спермы вперед) вначале, так же как у женщин, происходят с интервалами 0,8 с и обеспечивают извержение спермы, т.е. эякуляцию. После первых 3-4 сокращений полового члена промежутки между ними увеличиваются, а интенсивность уменьшается.

Мужской оргазм и эякуляция - это не один и тот же процесс, хотя у большинства мужчин и в большинстве случаев они происходят одновременно. Оргазмом называют внезапные ритмичные сокращения мышц в области таза или в других частях тела, эффективно снимающие накопленное сексуальное напряжение и сопровождающие этот процесс психические ощущения. Эякуляцией называют выделение спермы, которое иногда может происходить и в отсутствие оргазма. Оргазм, не сопровождающийся эякуляцией, часто наблюдается у мальчиков, не достигших половой зрелости (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948), а также при заболеваниях простаты и при приеме некоторых лекарственных препаратов. Эякуляция в отсутствие оргазма менее обычна, но может возникать при некоторых неврологических заболеваниях.

При ретроградной эякуляции шейка мочевого пузыря закрывается во время оргазма недостаточно плотно, так что сперма течет назад в мочевой пузырь. Такое состояние наблюдается при рассеянном склерозе, при диабете или после некоторых хирургических операций на простате. Оно не наносит вреда больному, однако мужчина при этом оказывается бесплодным и его ощущения при эякуляции отличаются от нормальных.

Субъективные восприятия мужчин при оргазме почти неизменно начинаются с ощущения всепроникающего тепла или давления (иногда сопровождающихся пульсацией), что свидетельствует об императивности эякуляции. Затем наступает оргазм, воспринимаемый как острое, чрезвычайно приятное сокращение мышц, в котором участвуют сфинктер заднего прохода, прямая кишка, промежность и половые органы; по описаниям некоторых мужчин, это похоже на выкачивание. Другое ощущение, иногда описываемое как стремительный теплый поток, относится к собственно процессу прохождения спермы по мочеиспускательному каналу. В общем, оргазмы у мужчин более однородны, чем у женщин, хотя конечно, они неодинаковы у разных мужчин.

В фазе оргазма у обоих полов наблюдаются высокие уровни миотонии по всему телу. В конце фазы плато или во время оргазма часто можно наблюдать миотонию лицевых

мышц, проявляющуюся в гримасах или насупливании бровей. Партнер иногда может истолковать эти проявления как недовольство или дискомфорт, хотя на самом деле это непроизвольная реакция, свидетельствующая о высоком уровне сексуального возбуждения. В конце фазы плато или при оргазме могут также возникать спазмы мышц или судороги в руках или ногах, а когда оргазм достигает наивысшей точки, все тело на мгновение может стать ригидным.

Разногласия относительно оргазма у женщин

Из многих разногласий, касающихся природы оргазмов у женщин, некоторые заслуживают особого внимания. Первое разногласие породил Фрейд, считавший, что у женщин бывают оргазмы двух типов - клиторальные и вагинальные. Фрейд утверждал, что клиторальные оргазмы (вызываемые мастурбацией или другими способами, без полового акта) свидетельствуют о психологической незрелости, поскольку клитор является центром инфантильной сексуальности у женщин. Вагинальные оргазмы (возникающие в результате полового акта) Фрейд считал "аутентичными", или "зрелыми", поскольку они свидетельствуют о завершении нормального психо-сексуального развития. В своем эссе "Некоторые психологические последствия анатомических различий между полами" Фрейд писал, что "устранение клиторальной сексуальности - необходимая предпосылка для развития женственности". Такие высказывания привели к тому, что многих женщин стали считать неврастеничками или подтолкнули к психоанализу (Schulman, 1971; Sherfey, 1972; de Piccolo, Heiman, 1978).

Физиологически оргазмы у женщин всегда протекают как рефлекторная реакция одного и того же типа, независимо от источника сексуальной стимуляции. Оргазм, достигаемый в результате потирания клитора, физиологически ничем не отличается от оргазма, вызванного половым актом или просто поглаживанием груди (Masters, Johnson, 1966). Это не означает, что все оргазмы ощущаются женщинами одинаково, обладают одинаковой интенсивностью или приносят одинаковое удовлетворение. Как уже говорилось выше, ощущение и интенсивность зависят от личного восприятия, а на степень удовлетворенности оказывают влияние многие факторы.

Некоторые женщины предпочитают оргазмы, возникающие при половом акте, тогда как другие считают более приятными оргазмы, вызванные мастурбацией. Первые часто говорят, что половой акт в целом доставляет большее удовлетворение, но непосредственность и интенсивность самого оргазма при этом слабее. По мнению многих женщин, оргазмы, возникающие в результате мастурбации, дают большее удовлетворение, чем оргазмы при половом акте; возможно, что при мастурбации женщина сосредоточена только на своих ощущениях и потребностях и не зависит от темперамента и темпа фрикций партнера (Hite, 1977). В ряде исследований делались попытки провести дифференциацию между "оргазмом вульвы", "оргазмом матки" и "смешанным оргазмом" (Singer, Singer, 1972) или предлагались иные классификации оргазмов различных типов (Fox, Fox, 1969; Clark, 1970; Fisher, 1973; Bohlen et al., 1982). Ладас, Уиппл и Перри (Ladas, Whipple, Perry, 1982) настаивают на том, что стимуляция зоны G приводит к оргазму совершенно иного типа, чем стимуляция клитора: оргазмическая платформа не образуется, матка не приподнимается, а "по-видимому опускается вниз, сдавливая верхнюю часть влагалища". Однако данных, подтверждающих это заявление, до сих пор опубликовано не было. Несмотря на продолжающиеся дискуссии о "типах" оргазмов у женщин, представление об оргазме какого-то одного типа как о незрелом или приносящем меньшее удовлетворение, чем оргазм другого типа, было отвергнуто (Master, Johnson, 1966; Shefrey, 1972; Hite, 1977; Barbach, 1982).

Другой предмет разногласий по проблеме оргазма у женщин касается того, все ли здоровые женщины способны достигать оргазма при половом акте без применения дополнительной стимуляции. Мастерз и Джонсон (1966), а также ряд других авторов (Shefrey, 1972; Barbach, 1980) полагают, что достичь оргазма в результате одного лишь полового акта могут все женщины, однако некоторые сексологи убеждены, что это не так. Например, по мнению Элен Каплан (Helen Kaplan, 1974), "второй вариант для определенных женщин является нормой". Как показывают различные исследования, число женщин, постоянно испытывающих оргазм во время полового акта, составляет примерно 40-50% (Kinsey et al., 1953; Fisher, 1973; Hite, 1977; Wilcox, Hager, 1980). Отсутствие оргазма при половом акте обычно вызвано такими факторами, как беспокойство, недостаточная душевная близость между партнерами, недоверие, невысокая самооценка. Однако неспособность некоторых женщин к тому или иному сексуальному рефлексу может быть обусловлена физиологическими причинами (Brindley, Gillan, 1982); это необходимо иметь в виду при диагностике и лечении ряда сексуальных расстройств (см. гл. 21).

Существуют также разногласия относительно роли, которую играют в оргазме мышцы, окружающие влагалище. Арнольд Кейджел (Arnold Kegel) - хирург, придумавший "упражнение Кеджела" - и некоторые другие исследователи (Perry, Whipple, 1981; Ladas, Whipple, Perry, 1982; Graber, 1982) полагают, что оргазм у женщины во многом зависит от состояния лобково-копчиковой мышцы. Однако многие авторы не обнаружили корреляцию между силой этой мышцы и оргазмической реакцией женщин (Sultan, Chambles, 1982); не подтвердилась также возможность повысить оргазмическую реактивность женщин, неспособных испытывать оргазм, с помощью упражнений Кейджела (Trudel, Saint-Laurent, 1983).

Наконец, несмотря на существующее мнение о том, что оргазм не является необходимым для сексуального удовлетворения женщины, по данным Уотермена и Чиаузи (Waterman, Chiauzzi, 1982), "зависимость между способностью всякий раз достигать оргазма и половым удовлетворением существует". Это не означает, что женщины, испытывающие оргазм очень часто, получают наибольшее удовлетворение от своей сексуальной жизни, однако неспособность достигнуть оргазма (или редкие оргазмы) определенно коррелируют с сексуальной неудовлетворенностью.

Описание оргазма



Как показали проведенные ранее исследования, специалисты неспособны безошибочно отличать описания оргазмов, авторами которых были мужчины, от описаний, данных женщинами (Proctor, Wagner, Butler, 1974). Вы, возможно, удивитесь, когда узнаете пол авторов, давших помещенные ниже описания.

1. Это напоминало взрыв, а затем мгновенно по всему телу до пальцев ног и до головы разлилось невероятное тепло и блаженство.

2. Внезапно, когда напряжение достигло предела, мне показалось, что я парю в небесах, поднимаясь все выше и выше. Во мне все трепетало, кожа была прохладной, сердце сильно колотилось и перехватывало дыхание, но это было приятно.

3. Лучше всего это можно выразить словом трепетание. Сначала возникает слабая вибрация, затем трепетание накатывает, волна за волной, и кажется, что время остановилось.

4. Когда я кончаю, я как будто окунаюсь в море наслаждения или перехватываю на ходу кусочек пищи, насыщающий меня на мгновение, после чего можно начинать все вновь.

5. Я ощущаю оргазм как пульсирующие вспышки энергии, возникающие в области таза, а затем охватывающие все тело. Иногда мне кажется, будто я нахожусь в свободном падении, а иногда все мое тело превращается в целый оркестр, исполняющий бравурное крещендо.

6. Оргазм воспринимается как прыжок в воду, но только ощущение при этом во много раз сильнее. Сначала я чувствую, как мои мышцы напрягаются, затем - прыжок в прохладное озеро, после чего все тело расслабляется и трепещет.

7. Приятное возбуждение - вот, по-моему, самое подходящее выражение, Я чувствую, будто меня накачали до предела, а затем вместо взрыва меня охватывает огромная волна счастья и пронзительного наслаждения.

8. Порой оргазмы бывают невероятно бурными, кажется, будто под тобой разверзлась земля, а иногда это короткие пронзительные мгновения.

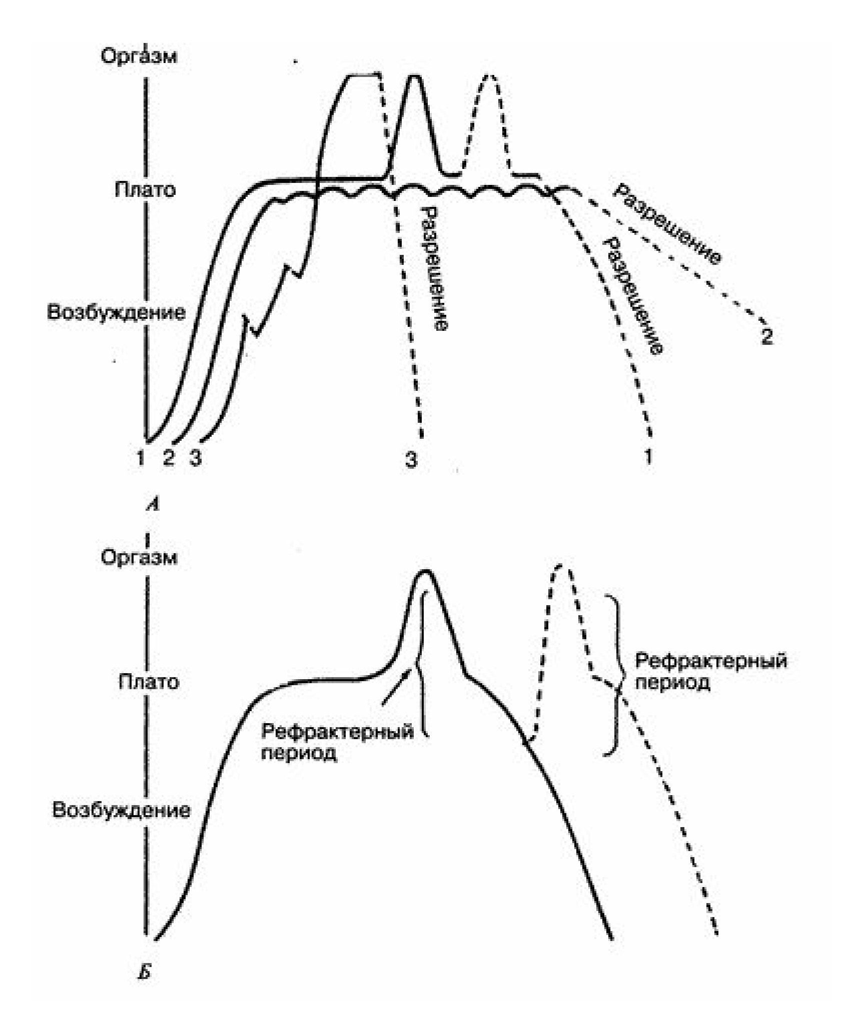
9. Я чувствую себя пробкой, вылетевшей из бутылки с шампанским.

10. Я ощущаю лавину тепла, разливающуюся толчками по всему телу - от пальцев ног до макушки головы. Затем все успокаивается и наступает розовый закат.

1-М. 2-Ж . 3-М. 4-Ж. 5-Ж. 6-М. 7-Ж. 8-М. 9-Ж. 10-М.

Фаза разрешения

Сексуальные реакции мужчины и женщины непосредственно после оргазма сильно различаются. Женщины физически способны к повторным оргазмам в течение короткого промежутка времени; половое возбуждение при этом не падает ниже уровня плато (рис. 4.1, А, тип 1). Повторный оргазм возможен, если сексуальная стимуляция после первого оргазма продолжает оставаться эффективной, а женщина не теряет интереса к половому акту; у большинства женщин эти два фактора не наличествуют постоянно. Поэтому некоторые женщины никогда не испытывают многократные оргазмы, а у других это случается лишь изредка. Достижение женщиной многократных оргазмов при большинстве половых актов - явление необычное.



Интересно отметить, что многократные оргазмы чаше имеют место при мастурбации, чем в процессе полового акта. Это может быть связано с несколькими причинами:

1) при мастурбации относительно легче продолжать сексуальную стимуляцию;

2) не надо заботиться о своем партнере;

3) значительно проще поддаться сексуальным фантазиям.

Что касается мужчин, то они неспособны к многократным оргазмам такого типа, какие бывают у женщин. Непосредственно после эякуляции у мужчины наступает рефрактерный период (рис. 4.1, Б) - период восстановления, во время которого новый оргазм или эякуляция физиологически невозможны. В течение рефрактерного периода может сохраняться частичная или полная эрекция, однако обычно она быстро спадает. Продолжительность рефрактерного периода как у данного мужчины в разное время, так и у разных мужчин сильно варьирует, составляя от нескольких минут до многих часов. Как правило, этот период удлиняется с каждой повторной эякуляцией, происходящей на протяжении нескольких часов. Увеличивается он и по мере старения мужчины. Роббинс и Йенсен (Robbins, Yensen, 1978) сообщают о 13 мужчинах, утверждающих, что они испытывали многократные оргазмы, задерживая эякуляцию, но подтвердить их заявления пока не удалось (лишь один из них был обследован в лаборатории). Создается впечатление, что некоторые мужчины действительно способны испытать не один оргазм, прежде чем наступит настоящий рефрактерный период, хотя, по нашему мнению, если это и возможно, то лишь до того, как произойдет эякуляция. Однако Дан и Трост (Dunn, Trost, 1989) сообщают, что у небольшого числа мужчин вслед за первоначальным оргазмом, сопровождающимся эякуляцией, иногда случается повторный оргазм, но без эякуляции.

Период, в течение которого происходит возврат в невозбужденное состояние, называют фазой разрешения. В этой фазе, в которую у мужчин входит рефрактерный период, анатомические и физиологические изменения, возникшие во время фазы возбуждения и фазы плато, возвращаются в исходное состояние. У женщин оргазмическая платформа исчезает по мере того, как под влиянием мышечных сокращений, сопровождающих оргазм, происходит отток крови из соответствующих тканей. Матка вновь занимает то положение, в котором она находилась в состоянии покоя, половые губы приобретают нормальную окраску, влагалище начинает сокращаться и в ширину, и в длину, а клитор приобретает прежние размеры и положение. Стимуляция клитора, сосков или влагалища в посторгазмической фазе может вызвать неприятные ощущения.

трудно добиться новой эрекции вскоре после эякуляции. Таким образом, в чисто механическом плане их способность участвовать в повторном половом акте обычно не соответствует таковой у женщин.

У мужчин эрекция спадает в два этапа. На первом этапе эрекция частично уменьшается в результате оргазмических сокращений, вызывающих отток крови из полового члена. На втором этапе, протекающем более медленно, кровообращение в половых органах возвращается к обычному типу. В отсутствие сексуальной стимуляции яички уменьшаются в размерах и опускаются в мошонку, отдаляясь от тела.

По мере того как мужчины и женщины переходят в невозбужденное состояние, покраснение кожи проходит; иногда в это время наблюдается сильное потоотделение. Непосредственно после оргазма дыхание - учащенное и шумное, пульс - частый, но по мере расслабления всего тела оба эти симптома постепенно исчезают.

Если партнеры достигли достаточно сильного возбуждения, но оргазма не произошло, разрешение занимает больше времени. Некоторые изменения наступают быстро (такие

как исчезновение оргазмической платформы у женщин и эрекции у мужчин), однако иногда довольно долго не проходит ощущение тяжести или боли в области таза, вызываемое продолжающимся наполнением тканей кровью. Это может создавать некоторый дискомфорт, особенно при длительном сохранении возбуждения. Боли в яичках у мужчин и переполнение кровью половых органов у женщин могут устраняться оргазмами, происходящими во сне или в результате мастурбации. Ночные поллюции ("мокрые сны") у юношей хорошо известны, но и женщины способны испытывать оргазм во сне (Kinsetetal., 1953).

Широко распространенные мифы о сексуальных реакциях

Выше мы обсудили несколько неверных представлений относительно половых органов и сексуального удовлетворения (например, бытующее мнение о том, что большой половой член сильнее стимулирует женщину во время полового акта). Теперь в свете того, что мы только что узнали о физиологических реакциях, мы может развенчать некоторые другие мифы о сексе.

Так, принято считать, что у мужчины сексуальные способности развиты сильнее, чем у женщины. На самом же деле все обстоит как раз наоборот. По своим физическим возможностям женщины обладают почти неограниченным оргазмиче-ским потенциалом, тогда как мужчины - из-за рефрактерного периода - неспособны к ряду быстро следующих одна за другой эякуляций. (У женщин нет настоящего рефрактерного периода, но их оргазмический потенциал несомненно ограничивается усталостью. Возможно, что существуют и другие ограничения, о которых нам пока неизвестно.) Многим мужчинам бывает трудно добиться новой эрекции после эякуляции. Таким образом, в чисто механическом плане их способность участвовать в повторном половом акте обычно не соответствует таковой у женщин.

Другое ошибочное мнение о сексуальной реакции состоит в том, что мужчины всегда знают, испытала ли его партнерша оргазм. Во многих случаях мужчина может не заметить ее оргазма, будучи поглощен собственными ощущениями, или же потому, что он не умеет распознать физические признаки оргазма у женщины. Это может быть связано либо с тем, что его ожидания не соответствуют действительности, либо с тем, что он просто не знает, чего следует ожидать при сильном сексуальном возбуждении. Некоторых мужчин обманывают их партнерши, которые имитируют оргазм с помощью громких вздохов и стонов, интенсивных движений таза, прерывистого дыхания и произвольных сокращений наружных частей влагалища.

Мужчины тоже иногда прибегают к жульничеству. Возможно, как мужчин, так и женщин побуждают к этому желание доставить удовольствие своему партнеру.

Представление о том, что все оргазмы протекают бурно, подобно землетрясению или взрыву, - еще одно широко распространенное недоразумение, порождаемое, вероятно, авторами любовных романов. Хотя рефлекторные механизмы оргазми-ческих реакций довольно однородны, некоторые оргазмы протекают мягко и трепетно, тогда как другие напоминают взрыв бомбы. Эти различия зависят от вариаций в чувствах, сопровождающих данный сексуальный эпизод. Ощущения, возникающие при любом физиологическом процессе - выпивании стакана воды, при еде, дыхании, мочеиспускании или половом акте, - различаются в разное время и при различных обстоятельствах.

В 50-х гг. стало популярным представление об одновременном оргазме у обоих партнеров как высшей точке сексуального наслаждения, и это восторженно пропагандировалось в многочисленных руководствах для молодых супругов. Многие люди старались "настроить" свои реакции с тем, чтобы они протекали в едином временном режиме, однако попытки регулировать сексуальное поведение обычно приводило к утрате непосредственности полового акта. Хотя одновременный оргазм может доставить большое удовольствие, каждый из партнеров будет при этом настолько поглощен собственной реакцией, что не сможет в должной мере оценить оргазм другого или даже просто не заметит его.

Гормональная регуляция половой функции и поведения

В физиологических процессах, связанных с сексом, участвуют не только сосудистая, нервная и мышечная системы. Важная часть сексуальной физиологии находится под контролем эндокринной системы - желез внутренней секреции, вырабатывающих вещества, называемые гормонами. Гормоны выделяются непосредственно в кровяное русло и с током крови переносятся в ткани, на которые они действуют. Некоторые гормоны, такие как кортизол (вырабатываемый в надпочечниках, расположенных непосредственно над почками), жизненно необходимы и регулируют очень многие функции организма. Другие гормоны необходимы для нормального полового развития. Здесь мы рассмотрим гормоны, которые оказывают влияние на половые функции человека.

Половые гормоны

Самым важным гормоном, воздействующим на половые функции, является тестостерон. Этот гормон, который иногда называют мужским гормоном, на самом деле имеется и у мужчин, и у женщин. В организме нормального мужчины вырабатывается 6-8 мг тестостерона в сутки, причем свыше 95% вырабатывают яички, а остальное - надпочечники. В яичниках и надпочечниках женщины ежесуточно вырабатывается примерно 0,5 мг тестостерона.

Тестостерон - главный биологический фактор, детерминирующий половое влечение у мужчин и у женщин. Недостаточность тестостерона ведет к снижению сексуальной активности (Bancroft, 1978; Kolodny, Masters, Johnson, 1979), а его избыток усиливает половое влечение. У мужчин слишком низкий уровень тестостерона может затруднить достижение или поддержание эрекции; что же касается женщин, то какое-либо влияние тестостерона на половые функции, помимо снижения полового влечения, у них не установлено. Однако мы не располагаем никакими данными, которые бы свидетельствовали о том, что у женщин интерес к сексу выражен слабее, чем у мужчин, из-за более низкого уровня тестостерона. Напротив, создается впечатление, что порог чувствительности мужчин и женщин к воздействию этого гормона на поведение различен, причем женщины на самом деле более чувствительны к небольшим его количествам в крови (Persky et al., 1978; Kolodny, Masters, Johnson, 1979; Bancroft, 1984).

Эстрогены (преимущественно эстрадиол), иногда называемые женскими гормонами, также имеются и у женщин, и у мужчин; у женщин они вырабатываются в яичниках, а у мужчин - в яичках. Организму женщин они необходимы в сексуальном аспекте для поддержании в нормальном состоянии слизистой влагалища и для секреции вагинальной смазки. Эстрогены способствуют также сохранению структуры и функции молочных желез женщины и эластичности ее влагалища. По-видимому, эстрогены не оказывают

существенного влияния на интерес, проявляемый женщиной к сексу, и на ее сексуальные возможности, так как хирургическое удаление яичников не снижает влечение у женщин, ни их сексуальной реактивности. Функция эстрогенов у мужчин неизвестна. Однако слишком высокий уровень эстрогенов у мужчин резко понижает их сексуальную активность и может вызвать затруднение эрекции и увеличение молочных желез.

Прогестерон - гормон, близкий по своей структуре как к эстрогенам, так и к андрогенам - также имеется и у мужчин, и у женщин. Влияние прогестерона на сексуальное поведение и функцию изучалось главным образом на животных, у которых высокий уровень этого гормона подавляет половое влечение. Некоторые авторы выдвигают предположение, что прогестерон оказывает ингибирующее действие и на половую активность человека (Bancroft, 1984).

Регуляторные механизмы

Двадцать лет назад считалось, что "главная железа" эндокринной системы - это гипофиз, образование величиной с желудь, лежащее под головным мозгом. В настоящее время установлено, что регуляторная роль гипофиза скорее напоминает функции ретрансляционной станции, тогда как главные контрольные функции над большей частью эндокринных воздействий осуществляет один из отделов самого головного мозга - гипоталамус.

Гипоталамус секретирует вещество под названием гонадотропин-рилизинг-фактор (ГРФ), которое регулирует секрецию двух гормонов, вырабатываемых гипофизом и оказывающих влияние на половые железы (яичники и яички). Лютеинизиру-ющий гормон (ЛГ) стимулирует секрецию тестостерона клетками Лейдига, находящимися в яичках; у женщин ЛГ стимулирует процесс овуляции (выход яйцеклетки из яичника). Фолликулостимулирую-щий гормон (ФСГ) стимулирует образование сперматозоидов в яичках; у женщин ФСГ подготавливает яичники к овуляции.

В регуляции гормональных функций (рис. 4.6) гипоталамус действует подобно термостату, только он реагирует не на температуру, а на концентрацию гормонов в циркулирующей крови. Так, например, у взрослых мужчин содержание тестостерона в крови "регистрируется" в гипоталамусе. Если оно велико, то секреция ГРФ прекращается, что ведет к снижению секреции ЛГ гипофизом. Снижение содержания ЛГ в крови быстро приводит к снижению выработки тестостерона в яичках, а это в свою очередь ограничивает поступление тестостерона в кровь. Когда количество тестостерона, достигающего гипоталамуса, падает ниже определенного уровня, активируется секреция ГРФ. В ответ на это гипофиз посылает в кровь больше ЛГ, который быстро доходит до яичек и вызывает усиление секреции тестостерона.

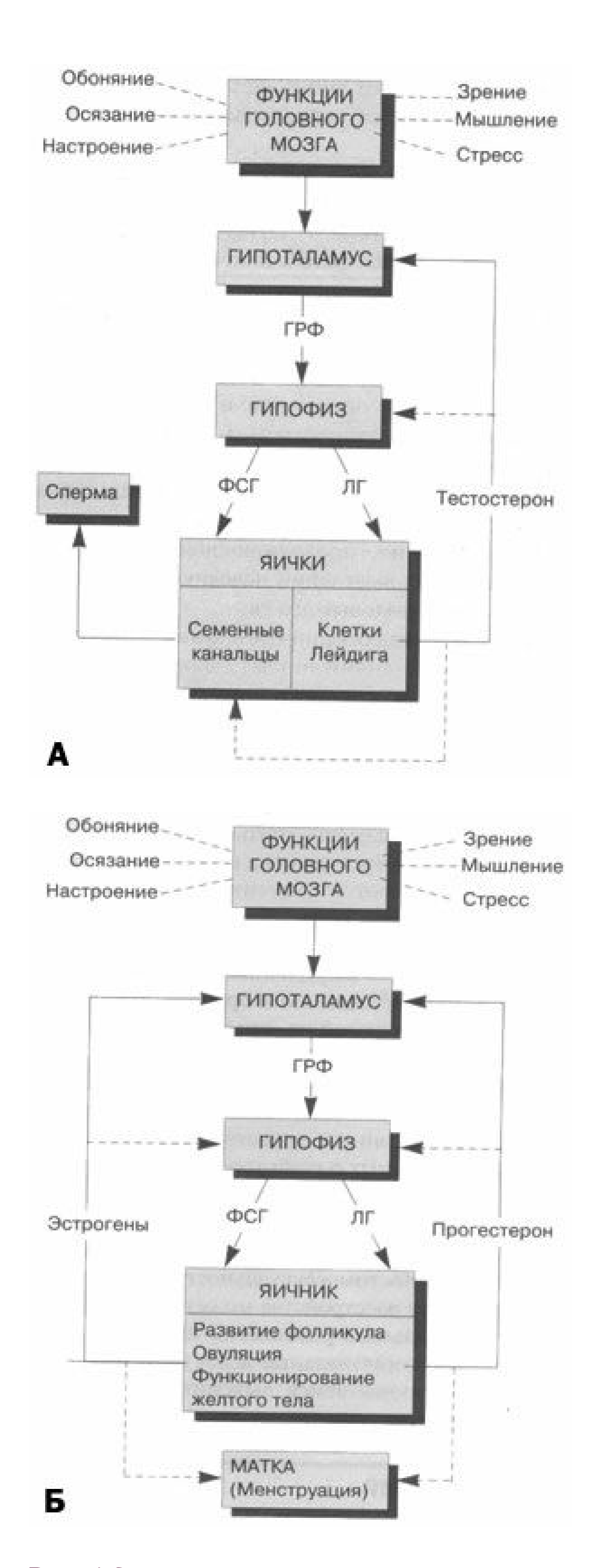


Рис. 4.6

Гормональная регуляция у взрослого мужчины (А) и у женщины (Б)

Гормоны и сексуальное поведение

Попытки объяснить сексуальное поведение воздействием гормонов весьма заманчивы.У многих животных взаимодействие между самцами и самками действительно контролируется гормональной системой, которая регулирует как сексуальную рецептивность самки (ее готовность к спариванию), так и сексуальную активность самца (ухаживание и спаривание) (Hutchison, 1978). Тестостерон и эстроген обнаружены у млекопитающих, птиц, рептилий, амфибий и рыб; у всех этих животных половые гормоны, по-видимому, играют важную роль в сексуальном поведении, оказывая свое действие через головной мозг (Kelley, Pfaff, 1978).

У человека, однако, зависимость между сексуальным поведением и гормонами сложнее. Выраженная недостаточность тестостерона обычно снижает интерес к сексу и у мужчин, и у женщин, однако в некоторых случаях этого не наблюдается. При падении уровня тестостерона ниже нормы у многих мужчин возникают затруднения с эрекцией, но есть и такие, у которых сексуальные функции при этом не нарушаются. Женщины с пониженным уровнем эстрогена обычно не утрачивают способность к сексуальному возбуждению и оргазму. Уровни половых гормонов у людей не "предопределяют" их сексуальное поведение или интерес к сексу.

Несмотря на отсутствие у человека прямой зависимости между концентрацией половых гормонов и половым поведением, существует множество интереснейших данных о роли гормонов в сексуальной сфере. В следующих главах мы постараемся ответить на следующие вопросы: как влияют гормоны на сексуальное развитие (гл. 7); являются ли гормоны "причиной" гомосексуальности (гл. 16); какого рода половые расстройства может вызвать нарушение гормонального равновесия (гл. 22)? Ниже мы рассмотрим гормональные аспекты менструального цикла и попытаемся выяснить, оказывают ли они влияние на сексуальное поведение женщины.

Менструация

Менструацией называют кровянистые выделения, наблюдаемые примерно раз в месяц у большинства женщин в возрасте от 12 до 48 лет. Хотя менструация представляет собой часть репродуктивного цикла женщины, вокруг этого явления сложилось множество мифов и суеверий. В далеком прошлом женщину в период менструации считали нечистой и способной вызвать порчу пищи, болезнь и даже смерть (Delaney, Lupton, Toth, 1977). В наши дни на менструацию иногда смотрят как на физический и эмоциональный недостаток, из-за которого женщину ставят "ниже мужчины" (Koeske, 1967; Frieze et al., 1978; Sherif, 1980). О менструации обычно говорят в негативных выражениях. В этом разделе мы рассмотрим физиологию менструального цикла и его влияние на эмоциональное и физическое состояние женщины.

Физиология менструального цикла

Началом менструального цикла обычно считают день появления менструальных выделений (1-й день цикла), а окончанием - день, предшествующий началу следующей менструации. Продолжительность цикла варьирует от 21 до 40 дней и в среднем составляет 28 дней (Vollman, 1977). Лишь у немногих женщин этот цикл настолько регулярен, что они способны точно предсказывать день начала менструации.

Менструальный цикл делится на три фазы, которые мы описываем применительно к "среднему" 28-дневному циклу (рис. 4.7). Первую из них называют фолликулиновой фазой. В яичнике под действием фолликулостимулирующего гормона (ФСГ) начинают

созревать фолликулы - пузырьки овальной формы, образованные эпителиальными клетками и содержащие молодую яйцеклетку. В начале этой фазы уровни эстрогенов и прогестерона в крови бывают довольно низкими, а в матке происходит отслойка эндометрия, так что обнажается кровоточащая поверхность. Отслоившаяся ткань эндометрия вместе с кровью и образует менструальные выделения, продолжающиеся 3-6 дней. Количество этих выделений невелико и составляет обычно 4-6 столовых ложек.

В середине фолликулиновой фазы (примерно между 7- и 10-м днями цикла) секреция эстрогенов яичниками возрастает и под совместным влиянием этих гормонов и ФСГ развивающийся фолликул начинает готовиться к овуляции. Эстрогены вызывают также пролиферацию слизистой матки за счет роста желез, соединительной ткани и кровеносных сосудов. Непосредственно перед овуляцией повышение уровня эстрогенов воздействует на гипоталамус, который в свою очередь стимулирует секрецию гипофизом ЛГ и ФСГ, поступающих в кровь спустя 1-2 дня.

Фаза овуляции - освобождение яйцеклетки из яичника - как правило в большинстве случаев наступает на 14-й день (при 28-дневном цикле). Однако нам известны примеры 28-дневных циклов, в которых овуляция наступала в самые разные дни от 9-го до 19-го, а также случаи, когда ее не было вовсе (см. гл. 5). Овуляция обычно происходит через 12-24 ч после того, как уровень ЛГ достигнет пика. Фаза овуляции - самая короткая фаза менструального цикла.

Третья фаза менструального цикла, называемая лютеиновой, наступает сразу после овуляции и продолжается до начала следующего цикла. Ее название происходит от латинского названия желтого тела (corpus luteum) - клеточной массы, формирующейся в яичнике на месте разрыва фолликула после овуляции. Желтое тело секретирует большие количества прогестерона и эстрогенов, что приводит к высокому уровню этих гормонов в крови на последней стадии менструального цикла (рис. 4.7). Под действием прогестерона в утолщенном эндометрии, выстилающем матку, развиваются мелкие кровеносные сосуды, а находящиеся в нем железы скручиваются в спираль; эти изменения подготавливают матку к приему оплодотворенной яйцеклетки. Прогестерон оказывает также действие на гипоталамус, подавляя секрецию ГРФ, что приводит к быстрому падению продукции ЛГ и ФСГ гипофизом. Если оплодотворения яйцеклетки не произошло, желтое тело дегенерирует через 10-12 дней после овуляции, секреция гормонов резко падает и наступает следующая менструация. Таким образом, менструация возникает в результате резкого прекращения гормональной стимуляции процессов в эндометрии.

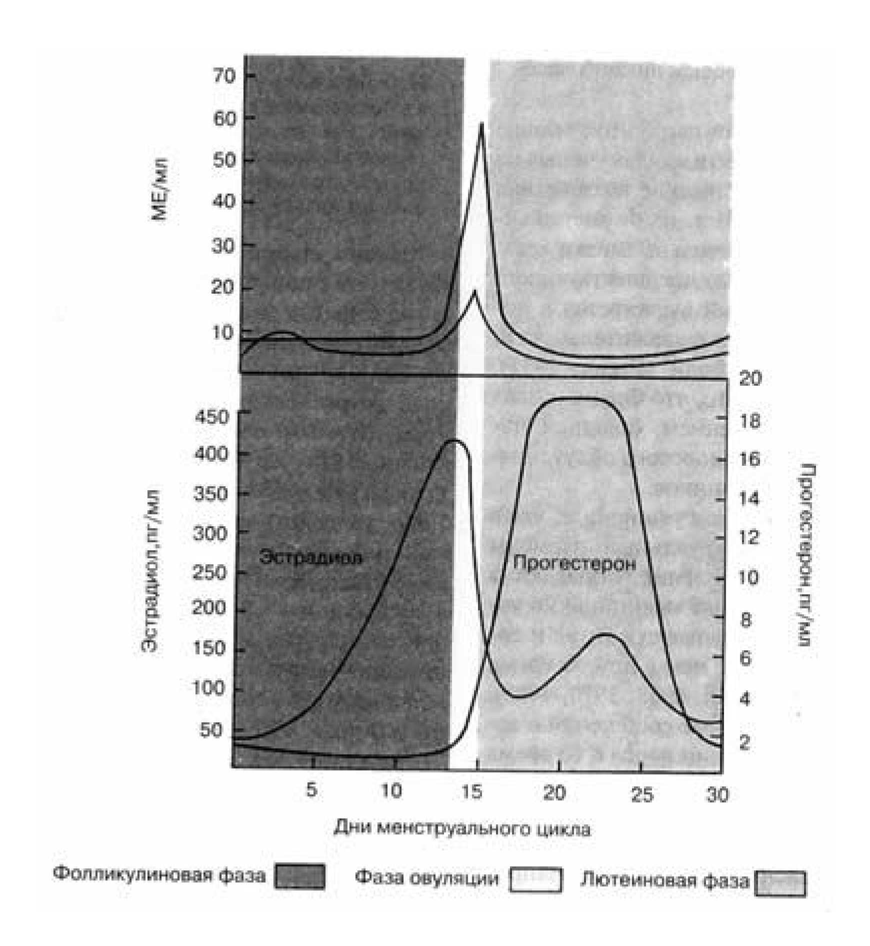


Рис. 4.7

Гормональные изменения, происходящие при типичном менструальном цикле

Менструальный цикл и самочувствие женщины

Самочувствие женщин в период менструаций существенно варьирует, о чем свидетельствуют высказывания трех женщин-добровольцев, которые участвовали в обследовании, проводившемся в Институте Мастерса и Джонсон.

В это время я чувствую себя плохо. Уже за 1-2 дня до менструации я становлюсь раздражительной и подавленной - у меня начинаются сильные боли; я лежу в постели, испытывая настоящие муки.

За несколько дней до менструации груди у меня набухают и становятся болезненными; обычно болит голова. Как только менструация кончается, все приходит в норму.

Ничего особенного во время менструации я не чувствую. Однажды, когда мне было лет 13, у меня возникли какие-то спазмы, но в общем никаких проблем нет.

Разнообразие высказываний пациенток вполне согласуется с разнообразием во взглядах ученых на физиологические и психологические воздействия менструального цикла. В 1931 г. один американский врач сообщил, что эстрогены вызывают "различную степень дискомфорта, предшествующего началу менструации", который выражается в повышенной утомляемости, раздражительности, рассеянности и приступах боли (Frank, 1931). Иногда, в тяжелых случаях того, что Франк назвал предменструальным

напряжением, больным назначали высокие дозы рентгеновского облучения, чтобы подавить функцию яичников.

Позднее д-р Катрина Дальтон установила, что в предменструальный и менструальный периоды женщины совершают преступления, попадают в разного рода аварии, посещают медицинские учреждения, высказывают неверные суждения и совершают самоубийство чаще, чем в другое время (Dalton, 1959, 1960, 1964, 1966, 1968, 1970, 1980). Имеются также многочисленные сообщения о депрессивном настроении женщин перед и во время менструаций (Moos, 1969; Golub, 1976; May 1976; Rossi, Rossi, 1977).

Эти выводы, однако, приложимы не ко всем случаям и с ними согласны не все ученые. Например, Перски (Persky, 1974) при исследовании студенток колледжей установил, что их настроение практически не зависит от фазы менструального цикла. Уэбстер, Бауман и Кол одни (Webster, Bauman, Kolodny, 1978) отмечают, что "менструальные и предменструальные симптомы" не связаны с уровнями гормонов и могут иметь место на всем протяжении цикла, даже в дни, близкие ко времени овуляции. Еще одна группа исследователей не обнаружила никакого влияния менструального цикла на академическую успеваемость, о чем свидетельствовали экзаменационные оценки студенток (Walsh et al, 1981). Скорее всего на возникновение менструальных и предменструальных недомоганий оказывают влияние ожидания и сложившиеся в обществе стереотипы (Paige, 1973; Parlee, 1973; Koeske, Koeske, 1975; Brooks-Gunn, Ruble, 1980; Sherif, 1980). Некоторые наблюдатели отмечают, например, что само название анкеты, чаще всего используемой при изучении менструального цикла - "Недомогания при менструации" - нельзя считать объективным, так же как и преобладающие в ней вопросы.

Если бы анкету назвали "Счастье при менструации", а в большинстве ее пунктов упоминались такие понятия, как "прекрасное настроение", "высокая работоспособность" или "повышение творческих способностей", то конечные результаты неизбежно оказались бы иными (Delaney, Lupton, Toth, 1947).

Многие специалисты отмечают затруднения, связанные с попытками женщины вспомнить прошлые события (в том числе точное время начала менструации) спустя несколько месяцев после того, как они имели место, хотя именно на такого рода ретроспективные "саморепортажи" опирались главным образом исследования Дальтон (Sherif, 1980). Кроме того, как отмечают Рабл, Брукс-Ганн и Кларке (Ruble, Brooks-Gunn, Klarke, 1980), на позитивное или негативное восприятие такого физиологического события, как менструация, существенное влияние оказывают культурные традиции. "Если женщина знает, что большинство других женщин испытывают перед менструацией недомогание, то она может сообщить о наличии у себя соответствующих симптомов просто для того, чтобы казаться такой же, как все".

Разумеется, ежемесячные гормональные циклы не определяют всю жизнь женщины; однако, с менструациями действительно связаны два типа проблем; дисменорея (расстройства менструального цикла) и предменструальный синдром (ПМС).

Дисменорея

Дисменорея обычно проявляется схваткообразными болями в нижней части живота, ноющей болью в спине, головной болью, метеоризмом, а иногда поносом, тошнотой или рвотой. Эти симптомы обычно возникают за 24 ч до начала менструации и спонтанно изчезают после ее окончания.

Известно два типа дисменореи. Первичная дисменорея характеризуется рядом симптомов, перечисленных выше, при отсутствии каких-либо аномалий в половой системе. При вторичной дисмено-рее, помимо указанных симптомов, имеет место то или иное заболевание половых органов. К обычным причинам дисменореи относятся: эндометри (рост эндометрия - ткани, выстилающей матку, в необычных местах), воспалительные заболевания тазовых органов (воспалительный процесс в маточных трубах, обычно в результате какой-нибудь болезни, передающейся половым путем), кисты яичника и опухоли матки. Первичная дисменорея, как правило, начинается в подростковом возрасте, а пик частоты и тяжести этого заболевания приходится на 25-летний возраст, тогда как вторичная дисменорея чаще встречается у женщин на четвертом и пятом десятилетии жизни.

Прежде первичную дисменорею считали психосоматическим расстройством, однако теперь стало ясно, что она имеет биохимическую основу. Триггером служит избыточное поступление простагландинов из матки. Ряд лекарственных препаратов - аспирин, напроксен (напросин), натрий-напроксен (анапрокс), ибупрофен (мотрин) и мефенамовая кислота (понстел) - очень эффективно подавляют секрецию простагландинов, и их применяют для предупреждения или снятия дискомфорта при дисменорее. В тех случаях, когда эти препараты не помогают, их можно заменить оральными контрацептивами, которые эффективны в 90% случаев (предположительно, оказывая косвенное воздействие на секрецию простагландинов). У некоторых женщин неприятные ощущения при дисменорее, ощущение тяжести в тазовой полости снимает оргазм (Masters, Johnson, 1966).

Предменструальный синдром (ПМС)





Предменструальный синдром обычно возникает за 2-3 дня до начала менструации и сопровождается ощущением напряженности и раздражительности (Delaney, Lupton, Toth,

1977; Frieze et al., 1978; Money, 1980). Среди других симптомов: вялость, нетерпение, головокружение, нервозность, подавленность, нерешительность, а также болезненность молочных желез, запор, головная боль, метеоризм и непереносимость алкоголя. Доля женщин, испытывающих перед менструацией дискомфорт, колеблется по разным оценкам от 20 до 75%. Существенных различий в предменструальных симптомах у белых и афроамериканок, по-видимому, нет (табл. 4.1), хотя большинство женщин, обращающихся за помощью в центры ПМС, принадлежат к белой расе (Stout et al., 1986). Исследователи пытаются также установить, вызываются ли наблюдаемые изменения психологическими причинами или в их основе лежат физиологические процессы, такие как сдвиг уровня гормонов или задержка воды (Gonzalez, 1981). Точного ответа на данный вопрос нет, хотя многие авторы связывают предменструальный синдром с изменением соотношения эстрадиол/прогестерон в крови, гормонами надпочечников, регулирующими задержку воды в организме, или же с воздействием на центр настроения нейромедиаторов головного мозга (табл. 4.2). Какова бы ни была причина испытываемого женщиной недомогания, предменструальные симптомы обычно носят временный характер, возникают не всегда и во многих случаях не поддаются наблюдению (Delaney, Lupton, Toth, 1977). Кроме того, большинство исследователей считают, что только у 5-10% женщин предменструальный дискомфорт достаточно серьезен, чтобы препятствовать выполнению ими своих обычных функций (Keye, 1983). Острота этой проблемы объясняется, возможно, существующими в обществе негативными представлениями о менструациях в не меньшей степени, чем физиологическими причинами.

Таблица 4.1

Предменструальные симптомы у белых и афроамериканок из одной общины.

Выборка представляет популяцию в целом, а не только тех, кто обращался за медицинской помощью

Симптомы	Представительницы черной расы (N = 321)	Представительницы белой расы (N = 462)
Подавленность, печаль или хандра	29%	27%
Резкие перемены настроения	26%	21%
Ощущение стресса	16%	18%
Страстная потребность в определенной пище	25%	17%
Снижение работоспособности	29%	23%
Раздражительность	28%	31%
Неспособность справляться с трудностями	10%	10%

Таблица 4.2

Предполагаемые причины ПМС и способы его лечения

Причины

Психосоматические

Изменение продукции медиаторов головного мозга

Избыток эстрадиола

Недостаток прогестерона

Избыток антидиуретического гормона

Нарушение продукции альдостерона

Гормональная аллергия

Недостаток витамина А

Недостаток витамина В

Низкий уровень сахара в крови (гипогликемия)

Задержка жидкостей

Способы лечения

Физические упражнения

Изменения диеты (в частности, ограничение сахара и соли)

Оральные контрацептивы

Прогестерон

Витаминные препараты

Мочегонные средства

Пищевые добавки (минералы, травы и т.п.)

Транквилизаторы

Консультирование

Мы не располагаем данными о том, что какой-либо из указанных методов лечения дает лучшие результаты, чем плацебо.

Проблемы, связанные с ПМС, имеют биомедицинский, социальный, политический, правовой и экономический аспекты. И хотя многие ученые полагают, что работы Дальтон

не заслуживают доверия (Koeske, 1983; Fausto-Sterling, 1985), ее данные широко используются в различных судебных процессах. Например, в Бруклине (Нью-Йорк) адвокат Стефани Бенсон согласилась защищать женщину, которую обвинили в избиении своей четырехлетней дочери; защита была построена на том, что обвиняемая страдала гормональным дисбалансом, связанным с ее менструальным циклом. Хотя в этом случае попытка использовать ПМС для защиты в суде не увенчалась успехом, в Англии, по крайней мере в двух процессах об убийствах, адвокатам удалось добиться признания этого синдрома смягчающим обстоятельством (American Medical News, 1982).

Большую озабоченность в связи с этой проблемой высказывают представительницы феминистского движения. Многие из них чувствуют, что оказались в парадоксальной ситуации. С одной стороны, как пишет Сьюзен Эдмистон (Susan Edmiston, 1980), "На всем протяжении 70-х годов феминистки отрицали, что менструации имеют какое-либо значение и всячески доказывали, что их влияние на женщин минимально... Признав влияние менструаций, они открыли бы путь обвинениям в биологической неполноценности". Теперь, однако, все большее число женщин (в том числе многие феминистки) заявляют о реальности ПМС и требуют открытого и интенсивного изучения этого феномена. Если делать вид, что ПМС не существует или что этот синдром затрагивает лишь совсем небольшую часть женщин, нужные исследования не будут проводиться, а женщины, страдающие этим синдромом., почувствуют себя изгоями. Однако, с другой стороны, как указывает политик, юрист и феминистка Элизабет Хольцмен, использование ПМС в суде может обернуться против женщин при бракоразводных процессах и решении вопроса о детях, и может даже послужить основанием для оправдания жестокости в отношении женщин (Allen, 1982).

Эта проблема сложна еще и потому, что исследователей одолевают методологические трудности и неуверенность в истинном смысле получаемых данных. Согласно сообщению, появившемуся в Journal of the American Medical Association (June 3, 1983), участники школы-семинара по ПМС, спонсором которой был Национальный институт психического здоровья, пришли к выводу, что ПМС реально существует, но "из-за недостатка времени, они не дали этому расстройству точного определения". Вместо этого, отметив, что ПМС, очевидно, проявляется в нескольких разных формах, они предложили пользоваться термином "предменструальные синдромы", а не "предменструальный синдром".

Разногласия среди ученых, занимающихся исследованиями ПМС, по-видимому, затрагивают все аспекты этой проблемы. Одни авторы, подобно Катарине Дальтон (Англия), настаивают на том, что ПМС обусловлен недостаточностью прогестерона, по мнению других, ни в одном исследовании эта недостаточность не была оценена таким образом, чтобы можно было говорить о причинно-следственной зависимости. Одни исследователи уверены в том, что даже в самых тяжелых случаях ПМС нельзя считать одной из форм депрессии (Haskett et al., 1980), тогда как другие авторы (Shuckit et al., 1975; Halbreich, Endicott, Nee, 1983) придерживаются прямо противоположной точки зрения. Хуже всего то, что исследования по лечению ПМС (а в настоящее время это буквально сотни работ и десятки различных подходов) зачастую поразительно небрежны, плохо спланированы и интерпретировать их бывает трудно. Как пишет Джудит Грин (Judith Green): "Ни один подход не дает надежных результатов и ни один из предложенных методов лечения не оказался эффективным во всех случаях".

Неуверенность среди исследователей возрастает еще и потому, что множество женщин, прочитав или услышав о ПМС, требуют, чтобы их лечили. Поскольку в США применение прогестерона для лечени ПМС не получило официального одобрения, многие врачи не

хотят назначать его своим пациенткам (тем болеее, что были сообщения о канцерогенном действии этого гормона на животных). Кроме того, многим из наиболее осведомленных в этой области врачей известно, что в исследованиях, проводившихся с применением двойного слепого контроля (когда ни люди, служащие тест-субъектами, ни сами исследователи не знают, получает ли данный испытуемый лекарственный препарат или плацебо) не удалось установить превосходства прогестерона над плацебо в ослаблении предменструальных симтомов (Blume, 1983).

Несмотря на эту неопределенность, по всей стране возникло множество клиник, занимающихся лечением ПМС, причем в большинстве из них применяется прогестерон. Как и можно было предвидеть, в эти клиники устремилась масса пациенток - отчасти благодаря прекрасной рекламе, внушившей американцам, что почти любой симптом, возникший в течение предшествующей менструации недели, является признаком ПМС (Allen, 1982). Помимо гормональных методов лечения, в этих клиниках, как правило, рекомендуют изменить питание (например, резко сократить потребление соли, сахара, шоколада и кофеина; есть понемногу, шесть раз в день) и проводят анализы крови, ценность которых сомнительна. Неудивительно, что во многих из этих центров плата высока. Очевидно, наш рассказ следует завершить словами: "Потребителю следует поостеречься". В настоящее время научное сообщество еще не может точно указать причины этого преходящего, но достаточно неприятного расстройства и предложить эффективные способы его лечения.

Секс и менструальный цикл

Принимая во внимание наше эволюционное происхождение, следует предполагать, что секс больше всего должен интересовать женщин в период овуляции, т.е. в то время, когда может произойти зачатие. У большинства животных самки ведут себя именно таким образом, избегая половых контактов во все остальное время. В некоторых работах приводятся данные, подтверждающие повышение сексуальной активности в тот период, когда предположительно должна происходить овуляция, причем у женщин, принимающих оральные контрацептивы, блокирующие овуляцию, такого пика выявлено не было (Udry, Morris, 1968; Adams, Gold, Burt, 1978). Возможно, однако, что выводы, сделанные в этом исследовании, основаны на неверном определении момента овуляции (James, 1971; Kolodny, Bauman, 1979). Другие авторы не обнаружили повышенного интереса женщин к сексу во время овуляции (James, 1971; Persky et al., 1978; Bancroft, 1984).

Шрейнер-Энгель с сотрудниками (Schreiner-Engel et al., 1989) в хорошо спланированном исследовании получили объективные данные о переполнении вагинальных сосудов кровью во время фолликулиновой и лютеиновой фаз менструального цикла. Судя по сообщениям самих женщин, сексуальное возбуждение в эти периоды возникает чаще, чем в период овуляции; это еще раз подтверждает, что наличие "овуляционного пика" в сексуальной реактивности женщин маловероятно. Другое недавнее исследование также свидетельствует о том, что сексуальная активность и интерес к сексу у женщин достигает пика в фолликулиновой фазе, задолго до овуляции (Bancroft et al., 1983). Тем не менее индивидуальные различия очень велики: некоторые женщины испытывают наибольший интерес к сексу в середине менструального цикла, а другие - несколько раньше или позднее. Для многих людей запреты на половые сношения в период менструации существуют до сих пор. В некоторых случаях такой запрет налагает религия. Например, правоверным евреям предписывается воздерживаться от секса не только во время менструации, но и в течение семи дней после ее окончания, причем половые сношения могут быть возобновлены только после того, как женщина совершит ритуальное омовение

(миквах). В других случаях воздержание имеет культурные или психологические причины: "Женщина в период менструации может вызвать у мужчины сексуальное возбуждение точно так же, как и в любое другое время. Но менструальная кровь так или иначе считается опасной, наделенной колдовской силой и во всяком случае чем-то таким, что по мнению мужчины не должно попасть на его член" (Delaney, Lupton, Toth, 1977). Помещенные ниже высказывания иллюстрируют широкий диапазон различий в отношении разных людей к сексуальной активности во время менструаций.

Мне нравится заниматься сексом во время менструации, именно в этот период он доставляет мне особенно большое удовольствие. (Из архива авторов)

Я считаю, что не следует заниматься сексом, когда у моей подружки менструация. Я не знаю, в чем тут дело, но мне просто это кажется чем-то нечистым. (Из архива авторов)

Мы с Джилл любим заниматься сексом, когда у нее менструация. В это время мы бываем особенно страстными, потому что нет страха забеременеть и не надо предохраняться. (Их архива авторов)

Если в двух словах, то мне это неприятно. Я чувствую себя какой-то нечистой, а тампоны приводят к сухости во влагалище, так что лучше уж дождаться окончания менструации. (Из архива авторов)

Представление о том, что во время менструации сексуальная активность, включая половой акт, "опасна" обоим партнерам, на самом деле лишено оснований (Masters, Johnson, 1966). Тем не менее многие чувствуют, что половой акт в этот период не вполне уместен и ограничивают свою сексуальную активность какими-то другими формами. Однако в настоящее время отношение к сексу в менструальный период, по-видимому, начинает меняться; молодежь, очевидно, относится к этому менее негативно, чем поколение их родителей (Paige, 1978).

Выводы

1. Сексуальная физиология занимается изучением функций и рефлексов, связанных с сексуальной реакцией. Сексуальное возбуждение возникает в результате активации сложной цепи рефлексов, в которых участвуют половые органы; сенсорные, когнитивные функции головного мозга, а также гормоны.

2. Цикл сексуальной реакции у мужчин и у женщин состоит из четырех фаз: возбуждение, плато, оргазм и разрешение. Первичные физические изменения в этом цикле происходят в результате наполнения кровеносных сосудов и накопления нервно-мышечного напряжения.

3. Увлажнение влагалища у женщин и эрекция у мужчин - самые заметные признаки фазы возбуждения. Для этой фазы характерны также внутреннее расширение влагалища и эрекция сосков.

4. Когда в фазе плато сексуальное возбуждение женщины достигает высокого уровня, наружняя часть влагалища набухает, образуя оргаз-мическую платформу, а половые губы утолщаются и их окраска заметно изменяется. У мужчины яички увеличиваются в размерах и подтягиваются вплотную к телу; иногда возможно выделение секрета

куперовых желез. У большинства женщин и у 25% мужчин появляется сыпь, напоминающая коревую.

5. Оргазм - это очень приятный рефлекс, состоящий в разрядке нервно-мышечного напряжения в результате реакции, в которой участвует весь организм. При этом возникает ряд мышечных сокращений; вначале они происходят с интервалами 0,8 с, а затем их частота и интенсивность снижаются. У женщин при оргазме сокращается наружная часть влагалища, матка и сфинктер заднего прохода. У мужчин сокращения начинаются в предстательной железе и семенных пузырьках, инициируя процесс эякуляции.

6. В фазе разрешения описанные выше изменения происходят в обратном направлении, приводя к возврату в невозбужденное состояние.

7. Наличие у мужчин рефрактерного периода, который наступает сразу после завершения полового акта, делает их неспособными к новой эякуляции. У женщин рефрактерный период отсутствует и они способны к повторным оргазмам; среди мужчин такого типа реакция наблюдается крайне редко.

8. Прежнее представление о существовании у женщин оргазмов двух типов - вагинального и клиторального - оказалось неверным. По своим физиологическим характеристикам все женские оргазмы идентичны, независимо от источника сексуальной стимуляции.

9. Половые гормоны - главным образом тестостерон, эстрадиол и прогестерон - имеются и у мужчин, и у женщин, и их секреция регулируется гипоталамусом и гипофизом. Тестостерон оказывает сильное влияние на сексуальное влечение у мужчин и у женщин, однако нельзя считать, что сексуальное поведение человека жестко контролируется половыми гормонами.

10. Менструальный цикл слагается из трех фаз: фолликулиновой фазы, фазы овуляции и лю-теиновой фазы. Продолжительность всего цикла и его влияние на настроение и физическое состояние женщины сильно варьируют.

11. Дисменорея (болезненная менструация), которая проявляется спазмами, болями в спине и метеоризмом, вызывается избыточной секрецией простагландинов; это состояние обычно удается устранить с помощью лекарственных препаратов, подавляющих действие простагландинов.

12. ПМС (предменструальный синдром) наблюдается у значительного числа женщин, проявляясь обычно в раздражительности и напряженности в течение нескольких дней, предшествующих началу менструации. Существуют многочисленные теории о причинах ПМС, однако как эти теории, так и способы лечения синдрома вызывают многочисленные разногласия.

Вопросы для размышления

1. В какой фазе сексуальной реакции человека партнеры могут испытать наибольшую близость? На какой стадии это чувство бывает наименьшим? Предпочитаете ли вы какую-то определенную часть цикла? Какая именно это часть и в какое время вы ее предпочитаете?

2. Из текста этой главы следует, что возбуждение, плато и оргазм вызываются "эффективной сексуальной стимуляцией". Что означает для вас "эффективная сексуальная стимуляция"?

3. Ученые полагают, что только 40 или 50% женщин регулярно испытывают оргазм во время полового акта. Как женщины, не испытывающие оргазма, относятся к этому? Как бы чувствовали себя мужчины, если бы они не достигали оргазма при каждом половом акте? Есть ли разница между мужчинами и женщинами в том, насколько обязательным они считают достижение оргазма?

4. В этой главе утверждается, что в прошлом женщину в период менструации считали нечистой и опасной и что даже в наши дни многие пары избегают половых сношений в этот период. В чем причины такого негативного отношения? Как вы относитесь к возможности сексуальной близости во время менструации?

5. Считаете ли вы, что мужчины, как правило, предпочитают иметь половые сношения с женщинами в какие-то определенные фазы ее менструального цикла, но не другие

Глава 5. Репродукция

В этой главе мы продолжим рассмотрение биологических аспектов сексуальности, сосредоточив внимание на одном из них - зарождении новой жизни. Мы опишем процесс зачатия (соединение яйцеклетки со сперматозоидом), беременность, роды и первые дни жизни младенца. В заключение мы рассмотрим наиболее распространенные осложнения беременности и факторы, препятствующие зачатию.

Процесс зачатия

Беременность возникает в результате встречи сперматозоида и яйцеклетки. Для того чтобы это произошло, сперматозоид должен попасть во влагалище незадолго до овуляции. При этом сперматозоид сохраняет способность к оплодотворению в течение 24-72 ч.

Можно предположить, что беременность возникает после первых же сексуальных контактов, однако на самом деле у супружеских пар, способных иметь детей и желающих этого, при регулярных половых сношениях без противозачаточных средств беременность наступает в среднем через 5,3 мес (Shane, Schiff, Wilson, 1976). Только 25% женщин беременеют после половой близости без противозачаточных средств в течение месяца; 63% беременеют к концу 6 мес, а 80% - только через год. Очевидно, даже в тех случаях, когда супруги, способные иметь детей, совершают половой акт незадолго до овуляции, для наступления беременности необходим еще и элемент везения.

Слияние сперматозоида и яйцеклетки

После овуляции яйцеклетка мягко отделяется от поверхности яичника и переходит в маточную трубу, по которой подгоняемая ресничками (маленькими волосовидными выростами), она перемещается в матку, Оплодотворение, если оно происходит, совершается обычно в верхней части маточной трубы, а не в матке.

Попав в результате эякуляции во влагалище, полноценные сперматозоиды быстро плывут по репродуктивному тракту женщины навстречу яйцеклетке. В этих трудных гонках цели достигают лишь немногие: из 200 и более миллионов сперматозоидов, введенных во влагалище, лишь несколько тысяч попадают в маточные трубы, а действительно приближаются к яйцеклетке всего около 200. Большинство сперматозоидов вообще не достигают шейки матки: основная часть спермы выливается из влагалища; какие-то сперматозоиды теряют подвижность в результате склеивания в комки, другие повреждаются по пути, а примерно половина доплывших до матки поворачивают не в ту сторону и попадают в ту из маточных труб, в которой в данный момент нет яйцеклетки (за редкими исключениями овуляция происходит лишь в одной из маточных труб). Этот сложный путь создан природой для того, чтобы только самые здоровые сперматозоиды имели возможность оплодотворять яйцеклетки.

Оплодотворение

Сперматозоиды находятся в половых органах женщины несколько часов. За это время с ними происходит мало изученный процесс капацитации, в результате чего они становятся способными проникнуть в яйцеклетку. Некоторые сперматозоиды доходят до яйцеклетки за один час, но тем не менее не могут осуществить оплодотворение, поскольку не прошли через капацитацию. В гонке сперматозоидов выигрывает не тот, кто доплывает до

яйцеклетки первым (в момент оплодотворения вокруг яйцеклетки скапливается до 40 сперматозоидов), а первый из доплывших секретирует определенное химическое вещество, которое растворяет прозрачную зону (zona pellucida) - студневидную оболочку, окружающую яйцеклетку.

Яйцеклетка - активный участник процесса оплодотворения. С помощью тонких выростов, называемых микроворсинками, она буквально "заключает в свои объятия" сперматозоид. Затем на поверхности яйцеклетки на короткое время (примерно на 30 с) создается электрическая блокада, препятствующая проникновению других сперматозоидов; в дальнейшем вокруг оплодотворенной яйцеклетки формируется плотная непроницаемая для сперматозоидов белковая оболочка. Шаттен и Шаттен (Schatten, Shatten, 1983) описывают эти события следующим образом: "Удачливый сперматозоид прочно удерживается на поверхности яйцеклетки благодаря микроворсинкам, а оболочка приподнимается над ним, отталкивая все другие сперматозоиды. Яйцеклетка как бы раскрывает зонтик над своим избранником, удерживая толпу претендентов на расстоянии" (рис. 5.1). Затем яйцеклетка втягивает сперматозоид, и их ядра сливаются.

Оплодотворение - это сложный процесс, продолжающийся обычно 24 ч или дольше, так что с биологической точки зрения говорить о "моменте оплодотворения" неправомерно (Jones, Schrader, 1989). Началом оплодотворения следует считать контакт сперматозоида с оболочкой яйцеклетки; завершается этот процесс объединением генетического материала яйцеклетки и сперматозоида.

За оплодотворением следует преэмбриональная стадия, в ходе которой детерминируется биологическая уникальность нового индивида (Grobstein, 1988). Преэмбриональная стадия продолжается 14 дней, вслед за ней наступает эмбриональный период. Его начало ознаменовано формированием первичной полоски - утолщенной продольной структуры, из которой в дальнейшем развиваются различные ткани, в том числе некоторые структуры спинного мозга и сердца (Jones, Schrader, 1989).

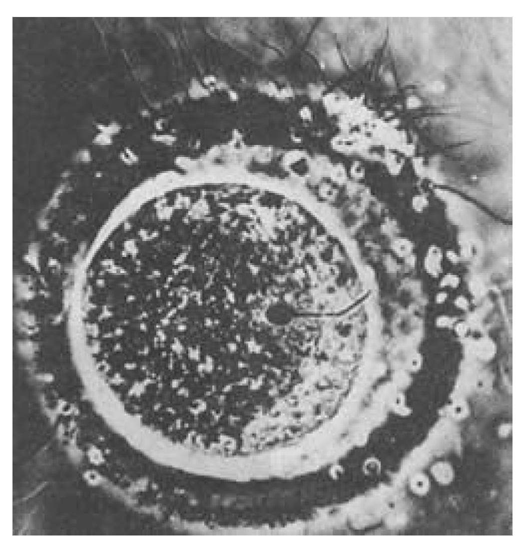


Рис. 5.1

Яйцеклетка человека в процессе оплодотворения

Обратите внимание, что в яйцеклетку проник только один сперматозоид; снаружи видны жгутики множества сперматозоидов, не сумевших проникнуть в яйцеклетку вследствие образования оболочки оплодотворения

В результате оплодотворения из двух клеток образуется одна, называемая зиготой (рис. 5.2). Она содержит 23 хромосомы (генетический материал) сперматозоида и 23 хромосомы яйцеклетки. В 46 хромосомах зиготы заложена программа развития организма - формирование таких наследуемых признаков, как группа крови, рост, цвет кожи и т.п. Комбинация двух хромосом X и Y, называемых половыми, определяет пол будущего индивида. Все яйцеклетки и половина сперматозоидов несут X-хромосому, а остальные сперматозоиды содержат Y-хромосому. Из зиготы, содержащей две X-хромосомы, развивается женский организм, а из зиготы с набором половых хромосом XY - мужской. Поскольку яйцеклетки всегда содержат только X-хромосому, пол ребенка зависит от вклада отца, т.е. от того, будет ли сперматозоид содержать X- или Y-хромосому.

Несмотря на этот неопровержимый биологический факт, многие мужчины ошибочно полагают, что пол ребенка зависит от женщины; более того, у некоторых народов считается нормальным развод из-за того, что жена "не смогла" родить своему мужу наследника.

Предопределение пола ребенка

Желание предопределить пол ребенка старо, как мир. В фольклоре многих народов можно найти советы такого рода: чтобы родился мальчик, следует ложиться в постель в сапогах, чтобы родилась девочка - есть много сладкого. В наш просвещенный век большинство людей вряд ли верит таким предрассудкам, однако стремление иметь ребенка определенного пола настолько велико, что на смену одним "советам" приходят другие, звучащие более правдоподобно, хотя по сути мало чем отличающиеся от теории о сапогах или сластях.

Один популярный способ зачатия мальчиков, предложенный Шеттлсом и Рарвиком (Shettles, Rarvick, 1970), рекомендует совершать половой акт как можно ближе ко времени овуляции, повышать щелочность влагалищных выделений путем спринцевания раствором питьевой соды, вводить половой член как можно глубже и стараться, чтобы оргазм у женщины произошел до эякуляции у ее партнера. Эти рекомендации, под каждую из которых была подведена научная основа, до сих пор не получили сколько-нибудь надежных подтверждений; более того, в одном тщательно спланированном исследовании доля мальчиков среди 3658 новорожденных оказалась выше в тех случаях, когда половой акт имел место спустя 2 и более дней после овуляции, чем если он совершался в период овуляции или в близкое к ней время (Harlap, 1979). Поскольку за 20 лет, прошедших после публикации Шеттлса и Рарвика, никаких данных, подтверждающих действенность их рекомендаций, не появилось, можно заключить, что их методы неэффективны; более того, к ним следует относиться скептически (Carson 1988, Zarutskie et al., 1989).

Более перспективный, но все еще не доказавший свою эффективность метод предопределения пола, состоит в разделении сперматозоидов, несущих X- или Y-хромосому. Для этого сперму пропускают через жидкий альбумин - белок, содержащийся в крови и сходный с белком куриного яйца. Y-сперматозоиды, плавающие быстрее, собираются при этом на дне пробирки, а более медлительные X-сперматозоиды располагаются выше. Использование нужной фракции для искусственного оплодотворения должно повысить шансы на зачатие ребенка желаемого пола (Glass, Ericsson, 1982). Однако возможность разделения сперматозоидов путем центрифугирования в градиенте плотности альбумина в настоящее время нельзя считать доказанной (Carson, 1988).

Специалисты предсказывают, что если когда-нибудь будет найден надежный способ, позволяющий выбрать пол ребенка, это приведет к значительному преобладанию мальчиков в популяции и, вероятно, к обвальному снижению размеров семей. Проведенное недавно в шт. Техас обследование среди студентов показало, что 62% хотят, чтобы их первым ребенком был мальчик и только 6% - девочка; кроме того, известно, что в Америке супруги часто решаются завести еще одного ребенка, если в первый раз у них родилась дочь, и отказываются делать это, если первенцем оказался сын. Вышесказанное свидетельствует о явном предпочтении, отдаваемом в американском обществе сыновьям (Коппег, 1987). В других странах, особенно в Японии, Китае, Индии, а также в ряде восточных и африканских стран, желание иметь мальчиков выражено еще сильнее, что несомненно определяется социально-экономическими факторами (например, тем, что мужчина зарабатывает больше, чем женщина, а также необходимостью дать за дочерью приданое) (Carson, 1988).

Некоторых людей беспокоит этическая сторона выбора пола ребенка, который они называют "одним из самых грандиозных сексистских актов" (Powledge, 1981). Можно не сомневаться, что такая практика грозит стать еще одной формой дискриминации женщин, хотя супружеские пары, у которых есть несколько сыновей, но нет дочери, вероятно, не согласятся с таким утверждением.

Начальные стадии развития зиготы и имплантация

Зигота, представляющая собой одну клетку, начинает делиться сразу после оплодотворения. Сначала из нее образуется две клетки, затем четыре, восемь и т.д. С каждым делением размеры отдельных клеток уменьшаются. В результате формируется морула - скопление клеток, напоминающее ягоду шелковицы (см. рис. 5.2). Спустя 3-4 дня после оплодотворения морула по одной из маточных труб переходит в полость матки. С этого момента она называется бластоцистой.

Бластоциста продолжает расти, получая кислород и питательные вещества из эндометрия, выстилающего матку. Через несколько дней бластоциста начинает внедряться в эндометрий. Этот процесс называется имплантацией. Под действием гормонов, секретируемых во второй половине менструального цикла, эндометрий матки утолщается и количество кровеносных сосудов в нем возрастает. Если оплодотворения не произошло, эндометрий сбрасывается во время менструации, а гормональная стимуляция прекращается. Если же оплодотворение происходит, то утолщенный губчатый эндометрий становится "постелькой" для бластоцисты, которая обычно имплантируется в верхней части задней стенки матки. Имплантация бластоцисты вне матки (в одной из маточных труб или в брюшной полости) приводит к внематочной (эктопической) беременности.

Процесс имплантации завершается к 10-12 дню беременности. Прикрепление бластоцисты к эндометрию не сопровождается никакими физическими ощущениями, так что точно установить момент имплантации невозможно. Кровянистые выделения, которые иногда наблюдаются в этот период, можно принять за менструацию. Такая ошибка приводит к неправильному определению срока беременности и даты предстоящих родов.

Беременность

Беременность в среднем продолжается 266 дней. Для удобства описания происходящих за это время событий беременность разбивают на три триместра. К первому триместру относятся первые три месяца после зачатия, ко второму периоду с 4-го по 6-й мес

беременности, третий триместр начинается с 7-го мес и продолжается до родов. Как уже говорилось, первые 14 дней после оплодотворения составляют преэмбриональную стадию; эмбриональная стадия длится с 15-го дня по 8-ю нед включительно. Начиная с 9-й нед развития зародыш принято называть плодом.

1 триместр

Развитие зародыша и плода

По мере развития определенные участки малюсенькой шаровидной бластоцисты, которая имплантируется в выстилающий матку эндометрий, преобразуются в плаценту и зародышевые оболочки. Плацента представляет собой орган, через который растущий плод получает из крови матери питательные вещества и кислород. Удаление продуктов выделения плода также происходит через плаценту. Зародышевые оболочки - внутренняя (амнион)и наружная (хорион) - это тонкостенные мешочки, окружающие развивающийся плод. Амниотическая жидкость, в которой плод находится во взвешенном состоянии, обеспечивает постоянство температуры и служит амортизатором, предохраняющим плод от физических травм.

Ко времени имплантации диаметр бластоцисты не достигает 1 мм, а к концу первого триместра длина зародыша составляет уже 9 см. Такая феноменальная скорость роста сопровождается очень сложными процессами формирования органов, в результате чего маленький комочек недифференцированных клеток начинает приобретать человеческий облик.

К концу первого месяца у зародыша уже есть первичное сердце и пищеварительная система, зачатки спинного и головного мозга и нервной системы. На крупной голове видны контуры глаз, но черты лица еще нечеткие. На пятой неделе становятся заметны почки верхних и нижних конечностей, начинается формирование челюстей и - на месте будущих ушей - слуховых плакод. Приобретает ясно выраженную структуру пупочный канатик, в котором находятся две артерии и одна вена, соединяющие зародыш с плацентой.

На шестой и седьмой неделях (рис. 5.3) продолжается развитие глаз и ушей; начинается формирование зубов и лицевых мышц. В это же время становится различимой шея и начинают формироваться кости. У зародышей мужского пола на этой стадии закладываются будущие яички, однако у зародышей женского пола яичники еще не обособляются. До этого момента зародыши мужского и женского пола анатомически неразличимы (см. гл. 7). К восьми неделям у зародыша хорошо видны кисти и стопы и формируются все крупные кровеносные сосуды. На этой стадии зародыш весит около 1 г и достигает длины 3 см (рис. 5.4).


Рис. 5.3

Человеческий эмбрион в амниотической оболочке в конце 6-й недели развития



Рис. 5.4 Плод в начале 9-й недели развития

На третий месяц у развивающегося зародыша появляются ногти на пальцах рук и ног, волосяные фолликулы и веки. Конечности становятся более пропорциональными по отношению к остальному телу и можно ясно различить мужские и женские половые органы. К концу 12-й недели все главные органы дифференцированы, хотя не все они полностью сформированы.

Мать

Начало беременности женщины переносят по-разному. Некоторые ощущают прилив сил, радости еще до того, как узнают, что они беременны. У других первые месяцы беременности сопровождаются усталостью, потерей аппетита и волнениями по любому поводу.

Усталость - настолько типичная черта первых трех месяцев беременности, что ее считают одним из симптомов последней. Другой распространенный симптом - тошнота или рвота, обычно появляющаяся к концу первого месяца. Приступы тошноты у беременных могут возникать в любое время суток и обычно пропадают на третьем месяце. Частое мочеиспускание, набухание и болезненность молочных желез, увеличение количества вагинальной слизи - симптомы, которые может обнаружить женщина в первые три месяца беременности. Однако она не может заметить изменения, происходящие в это время в ее матке.

Отсутствие менструации в положенные сроки нельзя считать надежным признаком беременности (пропуск менструации может быть вызван в числе прочих причин стрессом или болезнью), однако этот факт должен женщину насторожить. Чтобы прояснить ситуацию, можно приобрести специальный набор и провести тест на беременность самостоятельно, но полученные результаты следует обязательно проверить, обратившись к врачу.

В прошлом для выявления беременности применяли биологические тесты на лабораторных животных: лягушках, кроликах или мышах, однако эти тесты были громоздкими, требовали много времени и средств и давали недостаточно точные результаты. В настоящее время разработано множество иммунологических тестов, позволяющих получить ответ всего за две минуты. Они основаны на выявлении в моче хорионического гонадотропина (ХГЧ) - гормона, секретируемого плацентой. Капельку мочи помещают на предметное стекло (или в пробирку) и смешивают с определенными реактивами. При наличии в моче ХГЧ смесь не коагулирует и результаты теста считаются положительными, т.е. указывают на беременность. При соблюдении методики точность тестирования достигает 99% даже при сроке беременности 1 нед.

Существуют и другие домашние тесты на беременность, которые легко провести самостоятельно. Они основаны на использовании моноклональных антител (синтезируемых "по заказу" белков, которые способны связывать даже очень небольшие количества содержащегося в моче ХГЧ) и дают результаты в течение 5-10 мин с высокой степенью точности. Тест-система "First Response Pregnancy Test Kit", которую можно использовать при задержке менструации на один день, дает результат (превращение пробы из бесцветной в розовую) всего за 5 мин. Имеются и другие комплекты, использующие моноклональные антитела - Advance, Daisy 2, Fact Plus, Q Test и Answer Plus. Все они стоят от 10 до 15 долларов. Как показали недавние исследования, точность тестов на беременность, проводимых дома неспециалистами, почти на 10% ниже, чем при проведении тех же тестов квалифицированными лаборантами; поэтому результаты домашних тестов необходимо проверить.

Отрицательный результат теста на беременность, независимо от применяющегося метода, нельзя считать абсолютно надежным; спустя 1-2 нед необходимо провести повторное тестирование. Женщинам следует как можно раньше узнать о своей беременности, с тем чтобы начать заботиться о своем здоровье (полноценное питание, отказ от курения, спиртных напитков и любых наркотических препаратов, выдаваемых по рецептам, без рецептов и запрещенных). Ранняя диагностика беременности необходима также потому, что аборт, если он необходим, следует сделать в первые три месяца, когда это наименее опасно и достаточно просто.

Беременность можно обнаружить и другими способами. Врач во время обследования может обратить внимание на: 1) размягчение шейки матки; 2) синеватую окраску влагалища и шейки; 3) размягчение матки непосредственно над шейкой или 4)

неравномерное увеличение размеров матки. Эти признаки беременности обычно имеют место на 6-й нед, но они подвержены весьма сильной изменчивости. Наиболее надежные физические методы выявления беременности - прослушивание сердцебиений плода, регистрация шевелений - в первом триместре не применяют; визуализацию плода при помощи УЗИ до наступления второго триместра обычно тоже не проводят.

Следует иметь в виду один интересный факт: многие беременности заканчиваются самопроизвольно на той стадии, когда их еще нельзя обнаружить клинически. Использование тест-систем с ХГЧ показало, что 22% всех беременностей, обнаруженных сразу после имплантации (до первой пропущенной менструации), не сохранились до того времени, когда их можно было обнаружить клинически (Wilcox et al., 1988). (В целом общая доля таких беременностей составила 31%.) Причины самопроизвольного аборта на ранних стадиях в настоящее время не вполне понятны. Некоторые специалисты полагают, что природа элиминирует таким образом эмбрионы, имеющие те или иные дефекты.

Когда женщина узнает о своей беременности, она может испытать счастье, гордость и в то же время страх, раздражение или подавленность. Ее реакция зависит от многих факторов: от возраста, семейного положения, материальных возможностей, профессиональных устремлений, от того, насколько была желанна эта беременность и видит ли себя женщина в роли матери.

Сомнения и тревога по поводу беременности (даже если она была запланирована) сродни тем чувствам, которые мы все испытываем, сделав в жизни какой-то важный выбор. В тот ли колледж я поступила? Правильно ли я выбрала спутника жизни? Почему я купила именно эту машину, ведь другая выглядит такой привлекательной? Первоначальные чувства неуверенности и сомнения вовсе не означают, что мы будем негативно относиться к данному событию в дальнейшем. Осознав, что ей предстоит ввести в этот мир ребенка, женщина испытывает огромную психологическую нагрузку; ей требуется время, чтобы осмыслить и принять это.

Многие женщины, особенно те, у которых прежде детей не было, видят необычно яркие сны о своей беременности. Иногда эти сны бывают мучительными. Например, женщине может сниться, что ребенок родился с каким-то врожденным дефектом или же ребенок здоров, но его похищают из детской палаты. Подобные сны - явление совершенно нормальное, они отражают подсознательную тревогу, которую беременная отгоняет от себя в часы бодрствования (Todd, Tapley, 1988).

Отец

Мужчины очень остро переживают факт будущего отцовства, хотя к их чувствам в этот период окружающие часто относятся пренебрежительно. Первой реакцией на сообщение партнерши о ее беременности может быть восторг, радость, удивление, неуверенность или озабоченность. Необходимо время, чтобы мужчина освоился с новой ролью. Беспокойство по поводу самочувствия будущей матери и развивающегося ребенка может быть очень сильным до тех пор, пока беременность не станет заметной и плод не начнет шевелиться (Grossman, Eichler, Winickoff, 1980). Тревога мужчины может быть связана с дополнительной ответственностью, материальной и эмоциональной, которую налагает на него будущее отцовство.

Беспокойство и желание разделить с женщиной ее тяготы, вызванные беременностью, могут быть настолько сильными, что мужчина начинает испытывать те же физические симптомы, что и его жена, например тошноту по утрам. По результатам недавно

проведенного в Америке обследования 23% будущих отцов страдают таким синдромом сопереживания (Lepkin, 1982).

Многие мужчины плохо представляют себе, допустимы ли половые контакты во время беременности, может ли беременная женщина без ущерба будущему ребенку заниматься физическими упражнениями или тяжелой работой. Другие не понимают, почему жена все время хочет спать, и расстраиваются, полагая, что такое состояние у нее будет продолжаться до самых родов. И женщина, и мужчина будут относиться ко всему этому более спокойно, если у них уже есть ребенок и они имеют некоторое представление об особенностях протекания беременности.

В первые месяцы беременности у многих супружеских пар наблюдается эмоциональное и физическое сближение. Беременность может стать стимулом, побуждающим к проявлению любви и преданности друг другу, а первая беременность - особенно хороший повод для того, чтобы вместе строить планы и мечтать о будущем.

Второй триместр

Развитие плода

На 4-м мес у плода развиваются губы, пальцевые узоры, на голове начинают расти волосы. Он производит сосательные движения и заглатывает небольшие количества амниотической жидкости. Плод очень активно движется и переворачивается в амнионе (рис. 5.5). Он начинает реагировать на звуки; периоды активности чередуются с периодами покоя. На 6-м мес у плода открываются глаза, волосы на голове удлиняются. К концу второго триместра длина плода достигает 30 см, а вес - 600-700 г. У ребенка, появившегося на свет на этой стадии, шансы на выживание невелики.

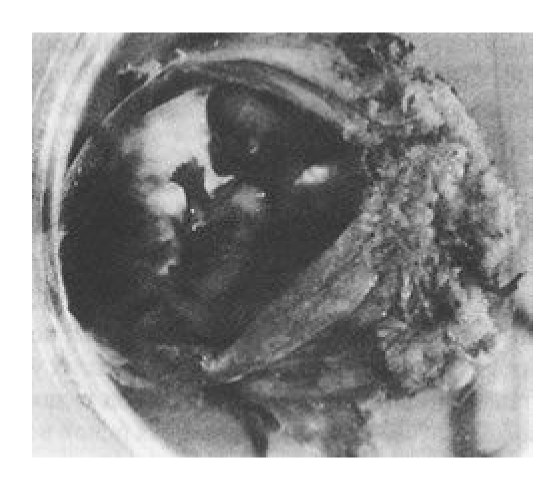


Рис. 5.5 Плод в возрасте 16 недель

Несмотря на то, что все органы на этой стадии развития уже сформировались, 16-недельный плод не способен существовать вне утробы матери, так как у него еще не развиты легкие.

Мать

Во втором триместре в организме беременной женщины происходит много изменений. Объем ее талии увеличивается, живот выдается вперед и прежняя одежда становится

тесной. Некоторых женщин такие изменения фигуры огорчают, другие же, напротив, счастливы и хотят оповестить весь мир о своей беременности.

К концу 4-го мес. (между 16-й и 18-й нед) женщина обычно начинает чувствовать шевеление плода. Это событие волнует и в то же время успокаивает женщину, поскольку развивающийся зародыш как бы "сообщает", что с ним все в порядке. Когда в течение следующих недель толчки и повороты становятся более энергичными, восторг перед этими новыми ощущениями может смениться раздражением. Настроение матери в этот период неровное: она то испытывает к плоду любовь и нежность, а то возмущается его властью над ней.

Во втором триместре матка значительно увеличивается в размерах и начинает заполнять верхнюю часть брюшной полости. Это обычно приводит к нарушению пищеварения и к запорам. Кожа на животе растягивается и на ней могут появиться розовые или красноватые стрии беременности. Молочные железы заметно увеличиваются, соски набухают и темнеют, а околососковые кружки расширяются; из сосков может начать сочиться желтоватая жидкость - молозиво, являющееся предшественником молока. Эти изменения возникают под действием гормонов, вырабатываемых плацентой, и подготавливают молочные железы к секреции молока.

Другие физические изменения создают более мелкие проблемы: под давлением увеличивающейся в размерах матки может наблюдаться варикозное расширение вен на ногах и образование геморроидальных узлов. Из-за увеличения объема крови нередки носовые кровотечения. Задержка воды в организме может привести к отекам - пастозности кистей рук, запястий, лодыжек и ступней. Тошнота беременных, часто наблюдающаяся в первые месяцы, обычно в этот период проходит, и у женщин появляется хороший аппетит.

Психологически второй триместр часто бывает временем относительного спокойствия и уверенности. Большинство женщин успевают приспособиться к своему состоянию и чувствуют себя более энергичными, чем в начале беременности. У некоторых женщин заметно повышается чувственность; более того, есть женщины, которые впервые испытывают оргазм именно в этот период (Masters, Johnson, 1966).

Отец

Хотя до рождения ребенка еще далеко, во втором триместре отец, вероятно, начинает более четко представлять все, что связано с беременностью его партнерши. Он видит явные изменения, происходящие с ее телом, но эти изменения наступают постепенно, так что у него есть время приспособиться к ним. Ощущая шевеления или повороты плода, мужчина лучше осознает свою причастность ко всему происходящему. Возродившаяся энергия его партнерши также успокаивает; супруги проводят вместе больше времени - приятная интерлюдия, которой очень скоро, с появлением новорожденного, придет конец. Волнения отца по поводу хрупкости развивающегося плода обычно в этот период уже проходят.

Одно из самых разумных новшеств, возникших за последние годы, это тенденция все шире привлекать отцов к участию во всем, что происходит с их беременными партнершами. Например, отец может присутствовать при дородовых обследованиях, чтобы заранее познакомится с акушеркой или врачом и задать интересующие его вопросы. Если при таком обследовании проводится УЗИ, отец сможет увидеть изображение развивающегося плода на мониторе ультразвукового аппарата, что часто

оказывается увлекательным и волнующим. Весьма полезно также прочитать некоторые из тех популярных брошюр по беременности и родам, которые рекомендованы их партнершам, с тем чтобы быть в курсе происходящего и иметь возможность обсуждать полученную информацию с женой или с другими будущими отцами.

Весьма разумно брать отпуск на время родов, с тем чтобы оказаться дома с новорожденным и его матерью, когда настанет великий день. Мы рекомендуем будущему отцу, если ему это кажется желательным, выяснить возможность получения такого отпуска заранее, не позднее, чем во втором триместре. Даже если ваш работодатель утверждает, что в его компании официально не принято предоставлять отпуск отцу в связи с рождением ребенка, проявив настойчивость, вам возможно удастся ввести новый порядок и стать первым, кто воспользуется этим правилом. Если ваша попытка окончится неудачей, можно попробовать договориться об отпуске на 1-2 нед после рождения ребенка, что создало бы прекрасную возможность разделить с женой заботы о малыше с самых первых дней его жизни.

Группы психологической подготовки



Группы психологической подготовки, подобные показанной на этой фотографии группы Ламаза, дают возможность супружеским парам поговорить о волнующих их проблемах и постепенно освоиться с тем, что им предстоит в будущем.

В последние годы широкое распространение получили группы психологической подготовки, которые женщины посещают в первом и втором триместре. Эти занятия отличаются от тех, которые проводятся на более поздних стадиях беременности и имеют цель помочь супругам подготовиться к родам. Группы психологической подготовки концентрируют внимание на эмоциональной адаптации супругов к беременности, разъясняя им физические изменения, происходящие в организме будущей матери, и помогая подготовиться к переходу от чисто супружеской к семейной жизни. Как правило, группа состоит из руководителя и 4-8 супружеских пар, которые собираются за период беременности три или четыре раза на сессии, продолжающиеся по одной неделе.

Одно из главных достоинств таких встреч состоит в том, что людям, объединенным общими интересами и заботами, легче говорить о своих чувствах и переживаниях. Вот что рассказал один из будущих отцов о занятиях, которые он посещал:

Вначале меня не очень привлекали эти занятия; я живо представлял себе бесконечные нудные лекции. Но все оказалось совсем не так: это были по большей части разговоры... и

они дали мне возможность узнать о том, что чувствуют другие мужчины, находящиеся в таком же положении, как и я. Я успокоился, когда узнал, что многие мои заботы вовсе не столь необычны; полезно было также услышать, как другие пары справляются с этими проблемами. А в конечном итоге эти занятия сильно сблизили нас с женой. (Из картотеки авторов)

О том, где и когда происходят такие занятия, можно узнать у акушерок, гинекологов, в родильном доме или в ближайшей больнице. Если в вашем районе таких групп нет, организуйте ее сами и пригласите руководителя.

Третий триместр

Развитие плода

В течение седьмого месяца завершается формирование головного мозга и нервной системы; под кожей появляется жировая ткань и на многих участках тела исчезают покрывающие плод пушковые волосы. В случаях преждевременных родов в начале 7-го мес вероятность выживания ребенка равна 20%, но к 8-му мес она повышается до 85% (Pernoll, Benson, 1987), На 8-м мес кожа становится розовой, морщинистость кожи исчезает. Ребенок принимает положение головой вниз, если этого не произошло раньше. На 9-м мес плод обычно менее активен, чем прежде; отчасти это объясняется тем, что он вырос и ему стало тесно в матке. Глаза у всех народившихся детей синие; настоящий цвет устанавливается только после того, как ребенок некоторое время побудет на свету. Плод получает от своей матери различные антитела, которые помогают ему бороться с инфекциями в раннем возрасте. В среднем длина тела доношенного младенца составляет 50 см, а вес - 3100-3400 г.

Мать

Увеличение размеров и плотности матки совершенно очевидна. Когда женщина стоит, живот заметно выступает вперед, смещая центр тяжести ее тела. Чтобы сохранить равновесие, ей приходится ходить, откинув голову и плечи назад и выпячивая грудь вперед; такое положение вызывает боль в спине (весьма распространенный симптом на последних месяцах беременности). Увеличенная матка давит на кровеносные сосуды в нижней части тела, что обусловливает частые судороги в ногах. Давление приподнятой диафрагмы на легкие приводит к одышке, а давление матки на мочевой пузырь вызывает частые позывы к мочеиспусканию. Многим женщинам бывает трудно сдерживать прибавку веса во время беременности, особенно в последнем триместре. Врачи обычно настаивают, чтобы увеличение веса не превышало 11-12 кг, поскольку лишний вес повышает вероятность осложнений. С другой стороны, слишком малая прибавка потенциально опасна для плода, так как для нормальных физиологических изменений необходимо увеличение веса почти на 9 кг. В это входит вес ребенка (3 кг), плаценты и плодных оболочек (600 г) и амниотической жидкости (около 1 кг), а также увеличение веса матки (1,2 кг), крови (1,5 кг) и молочных желез (0,5 кг). Еще 1 или 1,5 кг приходится, вероятно, на нормальную задержку жидкости.

В последние месяцы беременности учащаются сокращения Брекстона-Гикса - безболезненные короткие эпизоды напряжения мышц матки, не являющиеся признаками наступления родов. У первородящих женщин опущение головки плода в таз происходит в последние недели беременности.

Для конца третьего триместра характерен физический дискомфорт и разного рода неудобства. Каждый день кажется более длинным, чем предыдущий; ночью женщина часто просыпается, пытаясь устроиться поудобнее; ее будят также шевеление плода или необходимость сходить в туалет. Сил становится меньше, раздражительность возрастает. Женщину (особенно рожающую впервые) тревожит боль, которую ей предстоит испытать во время родов и боязнь родить больного ребенка.

Беременная чувствует себя рабом собственного тела, которое кажется ей чужим.

Отец

Последние три месяца беременности приносят немало волнений и мужчине. Изменение фигуры и физический дискомфорт партнерши могут привести и к тому, что она утратит для него сексуальную привлекательность или же, напротив, его продолжающееся влечение перестанет находить у нее ответ. Поэтому некоторые мужчины в этот период начинают искать секс на стороне (Masters, Johnson, 1966). Мужчины чувствуют свою отчужденность и по другим причинам. Так, беременная женщина, как правило, сильно сближается со своей матерью, причем чем ближе роды, тем больше времени они проводят вместе. Привязанность женщины к своему врачу также может вызывать у мужчины ощущение собственной "заброшенности". Общение с друзьями, развлечения и другие элементы "прошлой" жизни сводятся на нет, и естественно, что мужчина жаждет возврата к "нормальному" существованию.

Тем не менее большинство мужчин испытывают чувства глубокой преданности, близости и признательности к своим беременным подругам. Они окружают заботой своих жен, а в тех случаях, когда роды происходят в больнице, очень сильно волнуются, сопровождая их туда, особенно, если роды уже начались. Если это их первый ребенок, мужчины могут чувствовать некую неловкость и неуверенность, не зная, "как они с этим справятся".

Гигиена и режим беременной женщины

В большинстве случаев беременность протекает гладко как для матери, так и для еще неродившегося ребенка, но иногда возникают осложнения. Соблюдение гигиены беременных не только повышает шансы матери сохранить здоровье, но и обеспечивает благополучное развитие плода. Люди иногда полагают, что забота о здоровье беременных должна лежать на враче, акушерке или медицинской сестре, но на самом деле больше всего об этом должна думать будущая мать. Выполнение ею своих обязанностей гораздо важнее контроля со стороны медиков, поскольку она находится в непосредственной и непрерывной связи со своим будущим ребенком. Соблюдение гигиены беременных - это прежде всего способ избежать возникновения проблем; кроме того, постоянное наблюдение позволяет как можно раньше обнаружить возможные осложнения и свести к минимуму их воздействие.

Питание

Хорошее питание в период беременности чрезвычайно важно для будущей матери и ребенка. В это время женщина нуждается в разнообразной пище и некоторых дополнительных веществах - витаминах и минеральных элементах. Они необходимы для удовлетворения потребностей ее организма и развивающегося ребенка. Плохое питание матери может замедлить развитие плода, привести к преждевременным родам и рождению ребенка с низким весом (гипотрофия плода). Как преждевременные роды, так и

низкий вес ребенка при рождении повышают вероятность смерти в младенческом возрасте; кроме того, гипотрофия плода может сопровождаться повреждениями мозга и задержкой развития.

Большое значение имеет и то, как питалась женщина до беременности. Если этому вопросу уделялось мало внимания, необходимо принять меры, чтобы с первых дней беременности она получала дополнительные количества ряда питательных веществ. В любом случае помимо обычного дневного рациона необходимо 300 дополнительных калорий и дополнительные количества белков, кальция, железа и витаминов А, В, С и D. Белок, содержащийся в мясе, рыбе, яйцах и молочных продуктах, имеет важное значение для роста плаценты, матки и кровоснабжения организма беременной женщины. Кальций, получаемый главным образом из молочных продуктов и овощей, необходим для роста скелета зародыша и зачатков его зубов; недостаток кальция может быть также причиной судорог мышц у матери. Железо, содержащееся в говядине, баранине, мясе других животных, сушеных фруктах, яйцах и обогащенных крупяных продуктах, необходимо для вырабатывания эритроцитов и предотвращения анемии (малокровия) у матери; фолиевая кислота, содержащаяся в листовых зеленых овощах, также помогает предупредить малокровие. Необходимые витамины обычно обеспечивает сбалансированная диета, в которую входят молоко, хлеб, свежие фрукты и овощи.

Лекарственные вещества

Почти любое лекарственное вещество, поступившее в организм беременной женщины, переходит через плаценту в кровоток развивающегося плода. Поскольку не всегда бывает ясно, какие лекарственные вещества могут повредить ребенку, совершенно необходимо ограничить их прием только самыми крайними случаями, даже если препарат представляется безвредным для матери. Факторы, вызывающие пороки развития у зародыша, вызывают тератогенами. Эффект, вызываемый токсичным препаратом, частично зависит от того, на каком сроке беременности он потребляется. Некоторые вещества избирательно влияют на развитие определенного органа у плода и не наносят вреда после того, как этот орган сформировался. Прием лекарственных веществ в первой половине беременности особенно опасен, поскольку именно в это время происходит закладка основных органов. Эффект лекарственных препаратов зависит также от продолжительности их приема: одна таблетка вряд ли нанесет вред, тогда как продолжительный прием может привести к тяжелым последствиям.

Действие лекарственных веществ

Лекарственных препаратов, способных нанести вред плоду, очень много; в этот список входят многие хорошо известные лекарства. Например, аспирин может оказаться причиной кровотечения у плода, а если принимать его одновременно с большими количествами кофеина и фенацетина (что обычно делают при головных или других болях), может привести к гипотрофии плода, переношенной беременности, малокровию и низкой выживаемости новорожденных (Collins, Turner, 1975). Имеются также сообщения о различных врожденных пороках, вызываемых транквилизаторами, в частности расщелине нёба (седуксен), и пороках сердца (элениум и мепробамат). Талидомид - очень популярный в начале 60-х гг. транквилизатор (от которого теперь полностью отказались) при использовании его на ранних стадиях беременности приводит к очень сильным нарушениям в развитии конечностей у плода. Противоэпилептические средства, принимаемые матерью во время беременности, также могут оказаться причиной врожденных дефектов у плода (Jones et al., 1989). Тератогенное воздействие нередко оказывают и гормоны. Например, обнаружилось, что прием противозачаточных таблеток

во время беременности может приводить к порокам сердца у ребенка (Nora, Nora, 1973; Hernonen et al., 1977), а также к аномалиям конечностей, спинного мозга, трахеи и почек (Janerich, Piper, Glebatis, 1974).

Прогестерон или тестостерон могут вызвать маскулинизацию у плода женского пола, а прогестины или эстрогены нарушают формирование полового члена у плода мужского пола. Одна из форм эстрогена - диэтилстильбестрол (ДЭС), который принимают многие женщины при угрозе выкидыша, может вызвать рак влагалища у их будущих дочерей.

Изоретиноин (коммерческое название роаккутан) - препарат для лечения угрей, чрезвычайно опасен во время беременности, так как способен спровоцировать самопроизвольный выкидыш или серьезные врожденные дефекты черепа и лица, сердца, вилочковой железы и головного мозга (Lammer et al., 1985). В табл. 5.1. перечислены лекарственные вещества, способные нанести вред плоду.

Таблица 5.1

Лекарственные препараты, способные оказать вредное воздействие на развивающийся плод

(Wilson, 1977; Benson, 1978; Kalten, Warkany, 1989; Jones etal., 1989)

Лекарственный препарат	Воздействие на плод
Антибиотики (используемые для лечения инфекционных заболеваний)	
Левомицетин	Рвота, нарушения дыхания, сердечно-сосудистая недостаточность у новорожденных
Стрептомицин	Глухота
Тетрациклин	Изменение цвета зубной эмали (часто), катаракты (редко)
Противоопухолевые средства	
Аминоптерин, бисульфан, хлорбутин, циклофосфан, меркаптопурин, метотрексат	Выкидыш, различные нарушения развития
Антикоагулянты (средства, разжижающие кровь)	
Дикумарин	Кровотечение или гибель плода
Варфарин	Деформация лица, задержка психического развития, гибель плода или кровотечение
Противосудорожные средства (применяемые для лечения эпилепсии)	
Дифенин	Расщелина нёба, пороки сердца
Карбамазепин	Мелкие деформации лица, задержки развития

Параметадион	Задержка роста
Триметин	Множественные дефекты
Фенобарбитал	Кровотечение
Гормоны (различные применения)	
Противозачаточные таблетки	Аномалии конечностей, пороки развития половых органов, возможны врожденные пороки сердца или дефекты трахеи
Прогестины	Маскулинизация плода женского пола
Эстрогены	Дефекты половых органов у плода мужского пола
Диэтилстильбестрол	Отложенные эффекты: рак влагалища в подростковом возрасте, аномалии половых путей у мужчин
Тестостерон	Маскулинизация плода женского пола
Различные лекарственные вещества	
Аспирин	Кровотечение
Литий	Пороки сердца
Транквилизаторы (элениум, седуксен мепробамат)	Различные пороки развития
Хинин	Глухота
Изоретионин (аккутан)	Деформация лица, врожденные пороки сердца, аномалии развития нервной системы)

См. Применение лекарств во время беременности

Злоупотребление наркотиками

Беременные женщины, употребляющие кокаин, героин, барбитураты и амфетамины, подвергают опасности здоровье будущего ребенка. Злоупотребление наркотиками во время беременности может привести к гипотрофии плода и преждевременным родам. Кроме того, плод, находясь во чреве матери, может приобрести зависимость от наркотиков, и в этом случае в первые дни после рождения ребенок будет испытывать муки, типичные для абстиненции. Обычные явления для детей, родившихся от матерей-наркоманок - судороги и угнетенное дыхание. Здоровье матери может быть надломлено плохим питанием, инфекционными заболеваниями (в особенности сывороточным гепатитом) и другими факторами, сопутствующими наркомании. По имеющимся оценкам ежегодно не менее 375 тысяч новорожденных могут оказаться жертвами злоупотребления наркотиками их матерями во время беременности (Silverman, 1989). В самом деле, в одном недавнем обследовании было обнаружено, что 15% беременных женщин употребляли наркотики (Chasnoff, Dandress, Barrett, 1990). Во многих случаях женщина даже не понимает, что, принимая наркотики, она подвергает опасности своего будущего ребенка.

Влияние кокаина на развивающийся плод прежде подробно не изучалось, однако недавно было установлено, что применение этого наркотика во время беременности может привести к тяжелым последствиям (Chasnoff et al., 1989; Zuckerman et al., 1989). Помимо общего для всех наркотиков повышения вероятности выкидыша, преждевременных родов и мертворождений, кокаин оказывает специфичное действие - нарушает рост и развитие мозга. Кокаиновые дети, как их называют в больницах, имеют меньшие размеры тела и головы; кроме того, у них выше частота пороков развития, затрагивающих половые органы или систему мочеиспускания (почки, мочеточники, мочевой пузырь и мочеиспускательный канал). Они больше подвержены эпилепсии, чем другие дети, заметно отстают в развитии, отличаются повышенной нервозностью, раздражительностью и плохим сном, отклонениями в характере и пониженной способностью к взаимодействиям с другими детьми (Spear, Kirstein, Frambes, 1989).

Научных данных об отдаленных последствиях злоупотребления наркотиками во время беременности пока еще мало. Однако по мнению многих специалистов, совокупные воздействия приема разных наркотиков (что довольно часто имеет место у наркоманов) может оказаться опаснее, чем прием одного препарата.

Курение

Как показывают десятки исследований, курение во время беременности приводит к недоношенности и низкому весу новорожденных, повышению частоты спонтанных абортов, осложненным беременностям и высокой перинатальной смертности (гибели плода непосредственно перед родами или новорожденного в первые дни жизни) (подробно см. Coleman, Piotrow, Rinehart, 1979; Rush, Callahan, 1989).

Установлена тесная связь между курением матери в период беременности и преждевременными родами (среди женщин, выкуривавших в этот период не менее пачки сигарет в день, риск преждевременных родов до 33 недель беременности возрастает на 60% (Shiono, Klebanoff, Rhoads, 1986).

Показано также, что для таких детей вдвое выше вероятность появления в семилетнем возрасте гиперактивности и других отклонений в поведении. Дети от курящих матерей отстают и в физическом, и в умственном развитии (показатель IQ у них, как правило, ниже) (Dunn et al., 1977).

Влияние курения марихуаны на развитие плода остается неясным. Известно, что активные химические компоненты марихуаны проходят через плацентарный барьер (Harbison, Mantilla-Plata, 1972); кроме того, в ряде исследований на животных была установлена связь нарушений развития плода и преждевременных родов с действием больших доз марихуаны. Возможно, однако, что результаты этих исследований неприложимы к людям. Систематическое частое курение марихуаны понижает содержание пролактина в крови у женщин (Kolodny et al., 1980); поэтому возможно, что курение марихуаны оказывает влияние на ребенка в период кормления грудью. Результаты исследования детей первого месяца жизни показали, что воздействие марихуаны в утробе матери может "несколько затормозить развитие центральной нервной системы", однако последующее обследование тех же детей в возрасте 1 и 2 лет не засвидетельствовало у них никаких негативных эффектов (Fried, 1989).

Алкоголь

Потребление беременной женщиной больших количеств спиртных напитков может нанести значительный вред будущему ребенку. Алкогольный синдром плода характеризуется нарушениями роста и развития, патологией головного мозга и нервной системы, дефектами лица, затрагивающими, как правило, глаза (Quellette et al., 1977; Clarren, Smith, 1978; Dorris, 1989). У детей матерей-алкоголичек иногда обнаруживается умственная отсталость. Кроме того, алкогольный синдром плода сказывается на поведении, проявляясь беспокойностью в младенческом возрасте и гиперактивностью в детстве (Smith, 1979). Как показали более поздние исследования, эти основные аномалии поведения, к которым впоследствии добавляются постоянное отставание в учебе, сохраняются у подростков и взрослых (Streissguth, Sampson, Barr, 1989).

По мнению многих ученых, даже умеренное потребление спиртных напитков рискованно для беременных женщин, однако конкретных сведений по этому вопросу недостаточно. В исследовании почти 32 000 беременных женщин было установлено, что потребление 1-2 обычных порций алкоголя в день существенно повышает риск рождения умственно отсталого ребенка (Mills, 1984). Очевидно, беременным женщинам лучше всего совершенно отказаться от спиртного. Чем меньше вы будете пить во время беременности, тем лучше.

Физическая активность

Не следует считать, что беременной противопоказана всякая физическая нагрузка. Здоровой женщине обычно не приходится существенно менять свой образ жизни. Многие продолжают работать и заниматься спортом до последнего месяца беременности, пока не начинают испытывать усталость и дискомфорт. В этом плане лучше всего руководствоваться здравым смыслом, поскольку пределы, за которыми наступает переутомление, весьма индивидуальны. Каждая женщина в зависимости от своего состояния и срока беременности должна сама решать, стоит ли ей ходить на лыжах, нырять, кататься на роликовых коньках, подниматься в горы и заниматься другими видами спорта, сопряженными с физическими опасностями. Важное значение имеет также достаточная продолжительность сна, однако у разных женщин потребность в сне значительно варьирует. Если беременность сопровождается различными недомоганиями, например высоким давлением или кровянистыми выделениями из влагалища, необходим дополнительный отдых.

Сексуальная активность беременной женщины

Воздействие беременности на сексуальные чувства и функции неоднозначно. У некоторых женщин беременность сопровождается повышением сексуальной активности и усилением чувственности, тогда как другие либо не замечают никаких изменений, либо констатируют ослабление сексуальных ощущений. По высказываниям многих супружеских пар беспокойство о ребенке и неудобства, создаваемые выпирающим животом, приводят к добровольному отказу от секса на поздних стадиях беременности. Некоторые супруги решают эти проблемы, используя удобные позы во время полового акта или прибегая к сексуальной игре без настоящего соития. Следует помнить, что секс не сводится к одному лишь половому акту; различные виды сексуальной игры, например оральный секс, эротический массаж и взаимная мастурбация, могут приносить глубокое удовлетворение и способствовать сохранению чувства интимной близости.

Мастере и Джонсон (1966) обнаружили заметные различия в характере сексуального поведения у разных женщин в первые три месяца беременности. Как и следовало ожидать,

беременные, страдающие тошнотой и сильной утомляемостью, сообщали о потере интереса к сексу и о низкой частоте сексуальных контактов, а женщины, не испытывающие недомогания, говорили прямо противоположное. Однако во втором триместре беременности 80% опрошенных женщин отмечали повышение сексуальности, выражавшееся в усилении полового влечения и физической реактивности. В последние три месяца, по мнению большинства опрошенных, происходит явный спад сексуальной активности. Главной причиной этого женщины считают уменьшение их физической привлекательности, но мужчины отвергают подобное объяснение, настаивая на том, что они беспокоятся о благополучии будущего ребенка и своих жен.

Вывод о повышении сексуальной активности во втором триместре беременности подтвержден в ряде других исследований (Falicov, 1973; Tolor, Di Grazia, 1976).

Следует дать несколько практических советов относительно сексуального поведения во время беременности. Если у женщины в прошлом был выкидыш или если течение нынешней беременности указывает на возможность выкидыша, ей следует отказаться от любых видов сексуальной активности, которые могут вызвать оргазм, так как сокращения матки, происходящие при оргазме, сопряжены для нее с риском. При влагалищных или маточных кровотечениях также следует избегать любых форм сексуальной активности, до тех пор пока не будет получено разрешение врача. Сильное вдувание воздуха во влагалище при орально-генитальных контактах может оказаться опасным для беременной женщины, так как может привести к аэроэмболии (попаданию пузырьков воздуха в кровяное русло). Куннилингус, не сопровождающийся вдуванием воздуха во влагалище, неопасен. В случае разрыва плодных оболочек как коитус, так и куннилингус должны быть запрещены, поскольку это может привести к инфицированию плода. Помимо указанных обстоятельств, сексуальная активность во время беременности вполне безопасна и для плода, и для матери.

Некоторые врачи высказывали опасения по поводу того, что оргазм может вызвать преждевременные роды. Теоретически такую возможность на поздних сроках беременности исключить нельзя (сокращения матки, сопровождающие оргазм, вероятно, способны спровоцировать начало родов у небольшого числа беременных женщин, кроме того, данную реакцию могут вызвать простагландины, содержащиеся в сперме), однако Перкинс (Perkins, 1979) не обнаружил значимой корреляции между оргазмом или половым сношением и преждевременными родами. Напротив, достижение оргазмов в результате мастурбации или полового акта по данным статистики ассоциировалось с низкой частотой преждевременных родов.

См - Позы для занятия сексом во время беременности

Как бороться с тошнотой при беременности

Ешьте понемногу 5-6 раз в день, вместо того чтобы съедать большие порции за 2-3 раза.

Старайтесь сократить количество белков за счет увеличения количества углеводов.

Избегайте жареного и жирного.

Пейте побольше, чтобы нейтрализовать кислый желудочный сок и предотвратить обезвоживание организма в результате рвоты.

Тошноту можно подавить, посасывая карамельки и леденцы.

Многим женщинам очень помогает сосание маленьких кусочков льда или замороженного фруктового сока.

Ешьте что-нибудь на ночь; это уменьшит тошноту на следующее утро.

Источник: Modified from Todd and Tapley, 1988, table 7.1. Reprinted from Columbia University College of Physicians and Surgeons Complete Guide to Pregnancy by permission of Crown Publishers, Inc. Copyright © 1988 by the College of Physicians and Surgeons of Columbia University.

Сигналы тревоги в период беременности

При наличии у беременной женщины одного из перечисленных ниже симптомов ей следует немедленно обратиться к врачу.

Необычно густые или пахучие выделения из влагалища

Очень сильные головные боли, головокружение или пелена перед глазами; постоянная усталость или затрудненное дыхание

Кровянистые выделения

Пастозность кистей рук и лица (особенно в последние 4 мес)

Отсутствие признаков родовой деятельности по прошествии более чем суток после разрыва плодного пузыря

Судороги или потеря сознания

Заметное уменьшение отделения мочи

Сильная необъяснимая боль в плече

С изменениями из Population Reports, Series L № 7, сентябрь, 1988; Todd, Tapley, 1988, табл. 8.1.

Роды

Подготовка к рождению ребенка

Женщине, рожающей впервые, процесс родов кажется таинственным и страшным. Эти страхи можно в значительной мере преодолеть, посещая специальные занятия и получая правдивую информацию из книг или бесед со своим врачом. Поскольку друзья и родные очень часто бывают склонны пересказывать страшные истории, помните, что к сведениям, поступающим из таких источников, следует относиться весьма критически. Чтобы извлечь максимальную пользу из проводимых в больницах занятий, беременной женщине лучше посещать их вместе со своим мужем.

Занятия обычно проходят в форме лекций и бесед, а также просмотра кинофильмов или слайдов, на которых засняты типичные роды. Участников знакомят с медицинской терминологией, обстановкой в предродовой палате, работой детского отделения. Такие

экскурсии необходимы, чтобы впоследствии, во время родов, больничные помещения и их оборудование не казались женщине незнакомыми и пугающими.

Если принято решение проводить роды дома, необходимо заранее все тщательно спланировать и подготовить. Роды не всегда начинаются точно в срок, и ребенок вполне может появиться на неделю или две раньше, чем его ожидали. Хотя некоторые врачи соглашаются принимать роды в домашних условиях, чаще для этого приглашают акушерок или даже повитух.

Повитухи могут иметь или вовсе не иметь образования. В отличие от них все акушерки имеют специальные дипломы и большой стаж работы в медицинских учреждениях; у них есть официальное разрешение принимать роды во всех штатах, тогда как повитухам это разрешено только в 10 штатах (например в Аризоне, Нью-Мексико и Вашингтоне), а в 10 других, в том числе в Калифорнии, их деятельность запрещена законом (Pinkney, 1990). В большинстве штатов прием родов повитухами сильно ограничен, хотя и не запрещен полностью.

Независимо от того, кому вы доверяете принимать роды на дому, необходимо заранее обсудить, что может при этом понадобиться, учитывая возможность различных непредвиденных обстоятельств. Так, многие повитухи сами предлагают договориться с педиатром, с тем чтобы он посетил новорожденного вскоре после появления на свет.

Сторонники родов на дому полагают, что роженицы, находясь в привычной обстановке и окруженные любовью близких, имеют больше возможностей сосредоточиться на процессе рождения ребенка. Кроме того, многие супруги считают, что роды на дому устраняют чисто эмоциональные нагрузки (например, отпадает необходимость иметь дело с администрацией больницы), а также обеспечивают поддержку со стороны семьи и друзей, что очень важно. Однако не все супружеские пары решаются отказаться от весьма обширного круга экстренных услуг, которые может предоставить больница в случае каких-либо осложнений, понимая, насколько велик при родах на дому риск потери драгоценного времени, если возникает необходимость в срочной медицинской помощи матери или ребенку.

Роды

Роды происходят в результате ритмических, возникающих через определенные интервалы сокращений матки, которые в конечном итоге завершаются рождением ребенка; после того, как ребенок появился на свет, матка, сокращаясь, выталкивает из себя плаценту и плодные оболочки. Родам предшествуют несколько связанных с ними событий. Как уже было сказано, за несколько недель до начала родов женщины, рожающие впервые, начинают испытывать некоторое облегчение. Сглаживание, или истончение шейки матки, и раскрытие маточного зева также начинаются за две недели до наступления родов. Очень надежный признак приближения родов - появление кровянистых выделений (Если за 1-2 дня до появления выделений женщину осматривал гинеколог, то их нельзя считать надежным признаком приближения родов, поскольку осмотр мог вызвать слабое кровотечение и разрушение слизистой пробки, охраняющей вход в шейку матки.). Обычно роды начинаются через несколько часов или несколько дней после этого. Примерно у 10% женщин плодные оболочки разрываются до начала родов (дородовое истечение вод). Теплая жидко

Как начинаются роды

сть сочится или стекает по ногам (если женщина стоит) или на постель (если она лежит). Роды обычно начинаются в пределах суток после этого. Если роды не начались, то желательно прибегнуть к искусственной стимуляции, чтобы защитить ребенка от инфекции, так как он уже не изолирован от внешнего мира.



Мониторинг течения родов и прослушивание сердцебиений еще неродившегося ребенка.

Как начинаются роды

Какие именно биологические факторы вызывают начало родов, не вполне ясно. На протяжении многих лет считалось, что начало систематических сокращений матки стимулирует резкое снижение прогестерона к концу беременности, но недавние исследования медиков не подтверждают такое объяснение. Предполагали участие в этом одного из гормонов гипофиза - окситоцина, однако женщины, у которых эта железа была удалена хирургическим путем, тем не менее способны к нормальным спонтанным родам. Согласно имеющимся в настоящее время данным, толчок к началу родов дают простагландины, поскольку: 1) они способны вызвать сильные сокращения матки в любое время на всем протяжении беременности; 2) в плодных оболочках содержатся в высоких концентрациях вещества, необходимые для синтеза простагландинов; 3) некоторые лекарственные вещества, например аспирин, подавляющие образование простагландинов, могут задержать наступление родов (Cunningham, MacDonald, Gant, 1989).

Клиническое течение родов

В течении родов выделяют три периода. Продолжительность каждого из них и испытываемые ощущения различны у разных женщин и при разных беременностях у одной и той же женщины.

Ложные схватки представляют собой ярко выраженные сокращения Брекстона - Гикса, которые могут напоминать начало настоящих родов. Хотя ложные схватки иногда бывают настолько убедительными, что роженицу отвозят в больницу, их обычно удается отличить от настоящих родов. При ложных схватках сокращения происходят через разные промежутки времени, интервалы не укорачиваются, а женщина ощущает дискомфорт только в нижней части живота и в паху. Настоящие родовые схватки вызывают боли в спине и животе. Кроме того, ложные схватки не приводят ко все усиливающемуся сглаживанию и раскрытию шейки матки.

Началом первого периода родов считают время, когда сокращения матки становятся достаточно сильными, длительными и частыми, чтобы могло начаться сглаживание и раскрытие шейки матки. При первой беременности полное сглаживание шейки

происходит до начала раскрытия, а при последующих беременностях они происходят одновременно.

После полного сглаживания шейки матки ее толщина уменьшается от примерно 2 см до толщины листа бумаги. Этот процесс измеряется в процентах. Если врач говорит роженице, что сглаживание достигло 50%, это означает, что толщина шейки составляет около 1 см.

Когда зев матки достигает диаметра 10 см - ширина, необходимая для того, чтобы ребенок мог родиться, - раскрытие шейки завершено. Оно вызывается давлением, создаваемым сокращениями матки, которые, подобно клину, выталкивают в шейку амниотическую оболочку или головку ребенка.

Первый период родов - самый продолжительный: при первых родах он занимает в среднем 13ч, а при последующих - 8 ч. В начале этой стадии, когда зев матки раскрыт совсем мало, сокращения бывают еще слабыми (продолжаются от 10 до 20 с) и разделены интервалами от 10 до 20 мин. Женщина обычно чувствует себя хорошо и может вставать с постели, если ей хочется. Более того, в одном недавнем исследовании было установлено, что если в начале родов женщина ходит (а не лежит в постели), то она чувствует себя лучше и меньше нуждается в обезболивающих средствах (Lupe, Gross, 1986). Кроме того, при ходьбе сокращения матки усиливаются, что может приблизить время изгнания плода.

В течение первой стадии роженицу может подавлять мысль о том, как много времени требуется даже для совсем небольшого раскрытия шейки, однако как только раскрытие достигает 4-5 см, можно считать, что больше половины первой стадии уже пройдено. В эту более активную часть первого периода родов сокращения продолжаются обычно 30-60 с и происходят через каждые 2-4 мин.

В это время женщине уже можно давать обезболивающие препараты; более ранний их прием может замедлить процесс родов. Существует много разнообразных обезболивающих средств (табл. 5.2); женщину следует ознакомить с ними заранее, с тем чтобы она могла задолго до начала родов, обсудив с акушеркой или врачом, выбрать то, что ей больше подходит. Прием любых обезболивающих препаратов сопряжен с риском для матери и для ребенка, однако при внимательном применении под наблюдением врача такие препараты можно использовать, чтобы несколько облегчить роды. Обезболивание имеет очевидные психологические и физиологические преимущества. Однако многие женщины, используя обезболивающие препараты, испытывают чувство вины, особенно если какая-то их подруга или родственница легко перенесла роды без таких препаратов и полна уверенности, что у всех все должно происходить точно так же. Есть и такие, которые полагают, что медики применяют эти препараты ради собственного удобства и выгоды. Возможно, в единичных случаях такая ситуация может иметь место, однако большинство врачей печется в первую очередь о благополучии и комфорте своей пациентки и ее ребенка.

Заключительная часть первого периода родов (раскрытие 8 - 10 см) обычно самая тяжелая. Сокращения матки очень сильные и продолжаются по 45 - 60 с или дольше, а интервалы между ними не превышают 2 мин. При первых родах это продолжается около 40 мин, а при последующих - в среднем 20 мин. Чаще всего плодный пузырь разрывается именно в это время. Первый период завершается с полным раскрытием шейки.

Таблица 5.2

Средства для обезболивания родов

Анальгетики	Воздействие на мать	Воздействие на плод
Транквилизаторы Элениум, вистарил, промазин	Физическое расслабление и снижение чувства тревоги; притупляют боль, но не устраняют ее	Минимальное
Барбитураты Нембутал, секонал, амитал	Сонливость и снижение чувства тревоги; могут замедлить процесс родов	Могут подавлять нервную систему и дыхание
Наркотические вещества Промедол, фенадон, низентил	Снижают боль и поднимают настроение, но могут подавить сокращения матки и вызвать тошноту и рвоту	Тоже
Препараты, вызывающие потерю памяти Скопаламин	Не снижают боль, но заставляют женщину забыть все, что ей пришлось пережить, после того как это уже позади; могут вызвать физическое возбуждение и неконтролируемую активность	Минимальное
Анестетики	Воздействие на мать	Воздействие на плод
Локальные		
Парацервикальные	Блокируют боль в матке и шейке матки, но относительно неэффективны в конце родов; могут вызвать понижение кровяного давления	Снижают частоту сердечных сокращений в 20% случаев
Пудендальные	Снимают боль в промежности и вульве в 50% случаев	Минимальное
Регионарные		
Спинальные,эпидуральные, каудальные	Снимают боль в матке, шейке матки и промежности; высоко эффективны, но могут вызвать значительное понижение кровяного давления или судороги	Обычно не оказывают действия на плод, но требуют наложения щипцов чаще, чем в других случаях
Генерализованные		
Закись азота (веселящий газ), фторотан, тиопентал	Обычно применяют только в последние несколько минут, чтобы полностью снять боль; могут вызвать рвоту или другие осложнения, иногда являются причиной смерти рожениц	Могут подавлять нервную систему и дыхание

Второй период родов, продолжающийся от полного раскрытия шейки до рождения ребенка, короче (он занимает в среднем 80 мин при первых родах и 30 мин при последующих) и обычно менее мучителен для матери. Она может теперь помогать продвижению ребенка, регулируя свои потуги.

Сейчас же после рождения головки ребенка ее обтирают от крови и слизи, а рот и нос прочищают, чтобы помочь ему дышать. После полного изгнания плода (процесс, протекающий удивительно быстро при неосложненных родах) новорожденного держат ниже уровня тела матери и еще раз прочищают ему рот и нос. Пуповину перевязывают и перерезают на расстоянии примерно 3 см от тельца ребенка (спустя несколько дней подсохшая культя пуповины отпадает и от нее сохраняется только пупок). Хотя в кинофильмах или телевизионных постановках акушерка или врач нередко шлепают ребенка, чтобы заставить его кричать или дышать, на самом деле он это обычно делает спонтанно; если ребенок здоров, то после первого вдоха его кожа розовеет.

Почти в 95% случаев ребенок идет головкой вперед - так называемое головное или затылочное предлежание плода. Ягодичное (тазовое) предлежание плода встречается примерно в 4% случаев; при этом сначала появляются на свет ягодица или ножка. В редких случаях ребенок бывает расположен поперек матки - поперечное предлежание плода - и вначале появляется его плечо или ручка. При ягодичном или поперечном предлежании необходимо либо повернуть ребенка, либо произвести кесарево сечение.

Ребенка показывают матери и обычно дают ей подержать. Во избежание инфекции глаз новорожденного после прохождения через влагалище ему почти всегда закапывают глазные капли (обычно нитрат серебра) или обрабатывают глаза мазью, содержащей антибиотики. Кроме того, новорожденному вводят витамин К, чтобы предотвратить кровотечение, так как этот витамин не синтезируется в организме ребенка сразу после рождения. Наконец, если роды происходили в больнице или родильном доме, ребенку надевают на ручку бирку с его фамилией и датой рождения, берут отпечатки ступней, проводят медицинский осмотр, чтобы выявить возможные врожденные дефекты и другие непорядки со здоровьем.

Третий период родов наступает после появления ребенка на свет. На этой стадии плацента отделяется от стенки матки и выходит наружу вместе с плодными оболочками ("рождение последа"). Это обычно занимает всего 10-12 мин. Наличие в матке даже совсем маленьких остатков плаценты или плодных оболочек может привести к кровотечению.

См. статью Роды

Родовспоможение

Существует много различных точек зрения относительно оптимального варианта ведения родов; беременных женщин и врачей нередко бомбардируют информацией, "доказывающей" бесспорное преимущество того или иного способа. В настоящее время решение о месте и способе родоразрешения все чаще принимает будущая мать и ее супруг, не предоставляя это на усмотрение одних только медиков. Здесь мы рассмотрим некоторые и наиболее распространенные варианты.

Роды в больнице











На этих фотографиях, сделанных в родильном доме, можно видеть как рождается головка ребенка, как врач удаляет слизь изо рта и носа; а также самого только что родившегося ребенка, еще связанного с матерью пуповиной. На нижней фотографии мать впервые смотрит на своего ребенка, а гордый муж наблюдает за этим событием.

В больнице к ведению родов обычно приступают сразу после начала первого периода. Акушерка или врач задают роженице ряд вопросов, чтобы получить представление о том, как протекала беременность и о последовательности событий при приближении времени родов; проводится освидетельствование влагалища, чтобы установить степень раскрытия и сглаживания шейки. Обычно берут на общий анализ кровь и мочу; кроме того, проводят физикальный осмотр, чтобы оценить состояние здоровья матери и младенца.

Дальнейшие больничные процедуры весьма разнообразны. Во многих клиниках используют сложное электронное оборудование для наблюдения за состоянием плода в процессе родов (мониторинг плода), а также за частотой, интенсивностью и длительностью сокращений матки у матери. Особенно важно контролировать сердечную деятельность плода, так как устойчивое изменение частоты сердечных сокращений может быть признаком неблагополучия.

В некоторых случаях женщина поступает в больницу в тот день, когда ей положено рожать, незадолго до этого дня или немного позже, с тем, чтобы у нее искусственно вызвали роды. Эту процедуру, называемую стимуляцией родов, обычно планируют таким образом, чтобы дать женщине хорошо отдохнуть, а затем проводить роды в заранее подготовленных условиях в присутствии ее врача. К этому методу прибегают также при некоторых видах осложнений беременности, так как он дает возможность обезопасить от разного рода случайностей как мать, так и ребенка. Роды обычно стимулируют, давая матери окситоцин. Стимуляция родов сопряжена с некоторым риском и для матери, и для плода, но большинство врачей считает, что ее преимущества значительно превышают недостатки. Некоторые авторы заявляют, однако, что такой взгляд на данную проблему объясняется на самом деле медицинским "шовинизмом" и что стимуляция родов устраивает главным образом самих врачей (Hahn, Paige, 1980).

Мужу роженицы обычно рекомендуют присутствовать при родах, с тем чтобы он мог участвовать в этом событии, ободряя и поддерживая женщину и помогая ей чувствовать себя более уверенно. В прошлом в большинстве больниц присутствие при родах других членов семьи было запрещено; в настоящее время многие больницы пересматривают свое отношение к этому вопросу. Независимо от того, кто из членов семьи присутствует при родах, акушерка непрерывно пристально и внимательно следит за всем происходящим.

Иногда врачи нарушают целостность плодных оболочек, чтобы стимулировать продвижение родов. Внутривенное введение водного раствора глюкозы предотвращает обезвоживание организма, одновременно создавая условия для быстрого применения

анестезии при переливании крови при наличии осложнений. В некоторых случаях приходится помогать рождению головки ребенка путем наложения щипцов; к этому прибегают при какой-либо патологии у плода, обвитии или выпадении пуповины, нарушающей кровоснабжение ребенка, или же если у матери в результате анестезии отсутствуют потуги.

Многие американские врачи по установившейся практике при прорезывании головки (первое появление головки ребенка в отверстии влагалища) проводят эпизиотомию, с тем чтобы расширить это отверстие и облегчить прохождение головки. Эпизиотомия состоит в рассечении кожи и мышц промежности (область между влагалищем и анальным отверстием; см. рис. 5.6). Эпизиотомия позволяет решить несколько проблем; 1) ослабить давление, испытываемое головкой ребенка, и уменьшить тем самым родовую травму; 2) понизить риск разрыва промежности, что может привести к более обширному повреждению тканей с образованием рваной раны, с трудом поддающейся залечиванию; 3) наложить щипцы или применить вакуумную установку, если необходимо помочь рождению головки ребенка. В большинстве случаев женщины не чувствуют боли при эпизиотомии, так как промежность немеет под давлением головки ребенка.

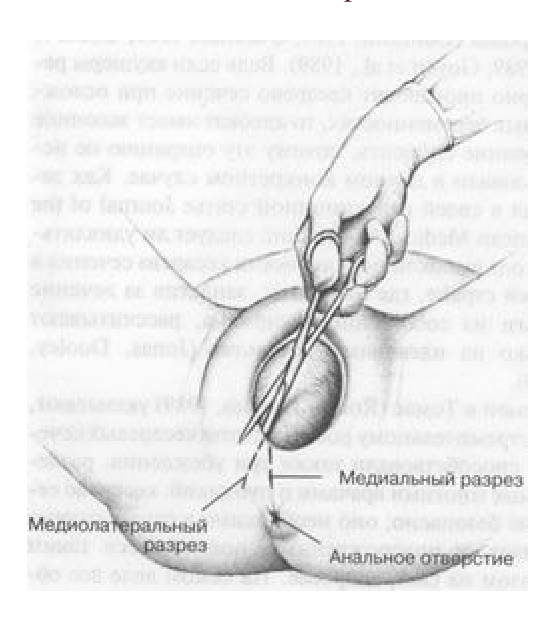


Рис. 5.6. Эпизиотомия, производимая во время родов

Некоторые авторы высказываются против широкого применения эпизиотомии, ссылаясь на то, что в Европе к ней прибегают менее чем в трети случаев. По их мнению отверстие влагалища способно сильно растягиваться, не разрываясь, что позволяет прибегать к эпизиотомии лишь в отдельных случаях (Arms, 1975; Lake, 1976; Boston Women's Book Collective, 1984).

Хотя примерно в 80% случаев роды проходят без осложнений, родоразрешение в больничных условиях имеет ряд важных преимуществ. В стационаре есть специальная аппаратура для быстрого диагностирования нарушений, которые могут возникнуть у матери или у ребенка, а также все необходимое для проведения кесарева сечения (если оно потребуется); имеется кровь для переливания в случае кровотечения у матери, а также соответствующий персонал и специально оборудованные детские палаты для ухода за новорожденными. Некоторые обстоятельства, осложняющие роды, бывают известны заранее (например, ягодичное или поперечное преддежание плода, нездоровье матери), однако бывает и так, что проблемы выявляются лишь на поздних стадиях родов.

Естественные роды

Термин "естественные роды" относится к методике ведения родов, описанной английским акушером Грантли Дик-Ридом в книге "Роды без страха" (Grantly Dick-Read, 1932). Он возражал против усиленного врачебного вмешательства в этот естественный процесс и считал главными причинами боли и затруднений при родах страх и напряженность, воспитанные культурной средой. По его мнению, именно страх и ожидание боли приводят к психологической напряженности, которая противодействует расширению родового канала и фактически представляет собой результат самовнушения.

Чтобы разорвать эту цепочку страх-напряженность-боль, Дик-Рид предлагал устранять страх путем обучения и уменьшать напряженность с помощью релаксационных приемов, таких как дыхательные и физические упражнения. На занятиях в группах психологической подготовки необходимо подчеркивать положительные аспекты деторождения и обучать упражнениям, повышающим эластичность тазовых мышц, гибкость суставов тазовой области и спины и улучшающим кровообращение; следует уделять внимание обучению специальным способам дыхания, уменьшающим боль и повышающим эффективность сокращений матки.

Хотя по мнению некоторых врачей роды можно считать "естественными" только в тех случаях, когда не применяется никаких обезболивающих препаратов, Дик-Рид полагал, что такие препараты допустимы, но их следует по возможности избегать.

Ламаз

К Дик-Риду близок по своим взглядам французский врач-акушер Фернан Ламаз, посетивший Россию, чтобы изучать методы русских акушеров. Метод Ламаза, о котором в США впервые узнали из книги "Благодарю Вас, доктор Ламаз" (Karmel, 1959), а позднее из книги самого Ламаза "Роды без боли" (Lamaze, 1970), также основан на обучении упражнениям, благодаря которым женщина становится способной контролировать свое поведение в процессе родов. Суть метода, который преподают в группах психопрофилактической подготовки как беременной женщине, так и мужу (или любому близкому ей мужчине, выступающему в данном случае в роли "тренера"), состоит в том, чтобы научить будущую роженицу как расслаблять все мышцы своего тела, какое принимать положение и как дышать в разные периоды родов. Кроме того, существуют приемы, помогающие отвлекать женщину от мыслей о боли. К их числу относятся легкое круговое поглаживание живота в то время, когда начинается активная родовая деятельность, давление на переднюю поверхность тазовых костей, чтобы уменьшить неприятные ощущения в животе, и массаж для облегчения болей в спине. И "тренер", и роженица активно участвуют в родах и должны выполнять известные им комплексы упражнений.

См. дыхательные упражнения Ламаза

Ни естественные роды, ни роды по Ламазу не могут быть совершенно безболезненными. В обоих случаях многое зависит от того, как женщина усвоила приемы, помогающие преодолевать страх перед неизвестностью и расслабляться, снимать напряженность в предчувствии боли. Оба метода до некоторой степени отвлекают от восприятия боли, но не устраняют ее.

Кесарево сечение

Кесарево сечение - это операция по извлечению плода через разрез в стенке брюшной полости и матки. К кесареву сечению прибегают в тех случаях, когда женщина не может разродиться нормальным образом, не подвергая опасности жизнь и здоровье самой себя или ребенка. К числу условий, при которых становится необходимым кесарево сечение, относятся: 1) несоответствие размеров головки ребенка и таза матери, которое затрудняет или делает невозможным прохождение ребенка через родовые пути; 2) поперечное предлежание или другая патология положения плода; 3) патологическое состояние плода по любой другой причине (например, выпадение пуповины); 4) преждевременная отслойка плаценты или ее аномальное расположение, при котором она блокирует отверстие шейки со стороны матки; 5) длительные трудные роды, протекающие с нарушениями.

За последнее десятилетие частота применения кесарева сечения в США возросла в 4 раза - от 5,5 до почти 23% (Notzon, Placek, Taffel, 1987; Myers, Gleicher, 1988). Фактически во многих пригородных больницах родоразрешение путем кесарева сечения составляет 30-35% всех родов; предсказывают, что если нынешние тенденции в акушерстве не изменятся, то к концу столетия частота его применения достигнет 40% (Placek, Taffel, Liss, 1987).

Такая ситуация вызывает тревогу и в медицинских кругах, и среди адвокатов, специализирующихся на защите интересов граждан в области здравоохранения. По мнению экспертов, слишком частое использование кесарева сечения неправомерно, а врачи, прибегающие к нему без необходимости, делают это ради высоких гонораров за эту операцию, а также из стремления избежать судебного преследования при неудачно проведенных родах (Danforth, 1985; Queenan, 1988; Gould et al., 1989; Goyert et al., 1989). Ведь если акушеры регулярно производят кесарево сечение при осложненных беременностях, то адвокат имеет законное основание спросить, почему эту операцию не использовали в данном конкретном случае. Как заметил в своей редакционной статье Journal of the American Medical Association: следует ли удивляться столь высокой популярности кесарева сечения в нашей стране, где пациенты, заплатив за лечение деньги из собственного кармана, рассчитывают только на идеальный результат (Jonas, Dooley, 1989).

Розен и Томас (Rosen, Thomas, 1989) указывают, что стремительному росту частоты кесаревых сечений способствовали также три убеждения, разделяемые многими врачами и публикой: кесарево сечение безопасно; оно необходимо в самых разных случаях, и новорожденные, появившиеся таким образом на свет, здоровее. На самом деле все обстоит совершенно иначе.

Действительно, частота осложнений при родах с применением кесарева сечения ниже, однако смертность среди рожениц при этом вдвое выше, чем при нормальных родах, и составляет 1 на 10 000. Кроме того, при кесаревом сечении повышается риск потери крови или инфекции, а эти осложнения могут иметь разнообразные и длительные последствия. Наконец, нет убедительных данных о том, что при родоразрешении с помощью кесарева сечения новорожденные здоровее, чем при нормальных родах (Gould et al., 1989; Rosen, Thomas, 1989); возможно даже, что справедливо обратное (Battaglia, 1988).

В свете всего этого важно отметить, что по мнению Национального института здоровья, женщины, перенесшие кесарево сечение, могут, не подвергая себя опасности, рожать следующих детей самостоятельно, хотя в прошлом 99% таких женщин при последующих беременностях автоматически производили кесарево сечение (Kolata, 1980). Это мнение впоследствии было подтверждено другими исследователями. По их данным, две трети

женщин, перенесшие кесарево сечение, способны благополучно рожать нормальным путем (Weitz, 1985). В ряде стран, в том числе в Норвегии, Шотландии и Венгрии, свыше трети женщин после кесарева сечения рожали последующих детей самостоятельно (Notzon, Placek, Taffel, 1987).

Сомнения, высказываемые по поводу оправданности столь широкого использования кесарева сечения, отнюдь не отрицают необходимости такой операции при некоторых видах акушерской патологии, таких как аномальное положение плаценты или патологическое состояние плода. Однако злоупотребление хирургическим вмешательством вполне соответствует широко распространенному среди американцев представлению о том, что детей рожают врачи, а не женщины. В частности врачи жалуются, что некоторые женщины требуют, чтобы им сделали кесарево сечение (особенно если им уже делали его раньше), считая, что кесарево сечение роженице перенести "легче". Как объясняла одна 29-летняя женщина:

Я слышала массу рассказов от своих подруг о том, как болезненны нормальные роды, а я, честно говоря, не очень хорошо переношу боль. Поэтому я решила, что кесарево сечение под наркозом - это то, что мне нужно. После этого я просто стала искать врача, который заранее согласился сделать мне такую операцию, и была более чем довольна результатом.

Вместе с тем некоторые супружеские пары, не предполагавшие, что им придется прибегнуть к кесаревому сечению, могут почувствовать разочарование по поводу того, что их ребенок появился на свет таким образом, особенно если они воспринимают кесарево сечение как какое-то искусственное обезличенное событие.

При кесаревом сечении женщина может оставаться в полном сознании (при спинномозговой анестезии); но если возникает необходимость в экстренной операции, ее почти всегда проводят под общим наркозом. Напоследок следует упомянуть еще об одном практическом моменте, касающемся кесарева сечения: после этой операции роженица проводит в больнице больше времени (и это ей обходится дороже) - 4-5 дней вместо 1-2 при неосложненных родах.

См. статью "Кесарево сечение"

Роды на дому и родильные палаты

Во многих клиниках устраивают специальные родильные палаты с уютной "домашней" обстановкой, что дает возможность членам семьи участвовать в процессе родов. Не все считают больницу с ее строгим режимом, правилами распорядка, безликостью и самой атмосферой нездоровья, идеальным местом для рождения ребенка. В некоторых странах, в том числе во Франции и Голландии, существуют специальные родильные дома, отделенные от больницы (в США таких учреждений около 200). Услуги, оказываемые этими медицинскими центрами, обычно покрываются медицинской страховкой. Среди определенных социальных групп весьма популярны роды на дому под наблюдением акушерки (Cavero, 1979). Лет 20 назад в США было всего 300 дипломированных акушерок, а теперь их число превышает 3000, причем ежегодно несколько сот новых акушерок заканчивают специальные курсы и получают дипломы. Часть из них работают в больницах, тогда как остальные занимаются частной практикой либо в паре с врачом, либо самостоятельно. Акушерки обычно ратуют за дородовые консультации, роды в окружении семьи и ограниченное медицинское вмешательство. В отличие от большинства врачей они находятся рядом с роженицей на всем протяжении родов, разрешают вставать с постели и большую часть времени проводить на ногах. В настоящее время в ряде штатов

(в том числе в штате Нью-Йорк, Пенсильвании, Аляске, Мэриленде, Миссисипи, Нью-Мексико и Юте) действуют законы, по которым страховые компании должны покрывать расходы на услуги дипломированных акушерок, состоящих при врачах или больницах; однако в других штатах существует значительное противодействие использованию акушерок, особенно работающих самостоятельно и не связанных с больницами. Среди дипломированных акушерок всего около 10% принимают роды на дому.

Рожая ребенка дома, в привычной обстановке, женщина чувствует себя более спокойно; ее не угнетают больничные порядки, она окружена семьей (в том числе и детьми, которые могут принимать участие в происходящем); расходы на медицинские услуги в этом случае существенно уменьшаются. Кроме того, судя по имеющимся данным, при неосложненной беременности рожать дома так же безопасно, как в больнице (Wertz, Wertz, 1977; Hahn, Paige, 1980).

Многие врачи тем не менее возражают против родов на дому, однако некоторые из них соглашаются принимать роды в домашних условиях; есть и такие, кто приветствует это. Во всяком случае прежде чем решиться на такой шаг, необходимо провести тщательное пренатальное обследование, чтобы выявить возможность осложнений или трудных родов; следует обеспечить наблюдение опытной акушерки и врача, а также все необходимое для срочной доставки роженицы в больницу, поскольку пренатальное обследование не гарантировано от ошибок.

В последнее время во многих американских больницах организуются специальные родильные палаты. Эти помещения обставлены с домашним уютом, но при этом обеспечены централизованной подачей кислорода и всем необходимым для анестезии; роды проходят в них в более спокойной обстановке, в окружении членов семьи. Роженицу не переводят из дородовой в отдельную родильную палату. Если возникают какие-либо осложнения и требуется, например, переливание крови, все необходимое у врача под рукой. Тем самым устраняется то, в чем многие видят главный риск домашних родов. Это очень важно, так как даже среди тех женщин, которых по результатам пренатального обследования относят к группе пониженного риска осложнений при родах, в одном случае из пяти возникает необходимость срочной доставки в больницу (Petravage, 1983). Пребывание в родильной палате обходится пациентке примерно в ту же сумму, что и обычные роды в больнице.

Недавно проведенное обследование 84 родильных домов показало, что из 11 814 рожениц, относящихся к группе пониженного риска, каждую шестую пациентку пришлось доставлять в больницу для оказания специализированной помощи; тем не менее роды в таких центрах можно считать приемлемой альтернативой родам в больнице (Rooks et al., 1989).

Психологические аспекты родов

Каждая женщина вносит в событие рождения ребенка свою индивидуальность и каждая по-своему справляется с этим новым для нее опытом. Тревожное состояние в начале беременности может быть вызвано беспокойством за собственную безопасность и за состояние своего ребенка, страхом перед неведомым, сомнениями в том, окажется ли она способной любить ребенка и заботиться о нем, а также множеством других проблем (как будет реагировать муж? А что, если ребенок окажется не совсем нормальным? Не делаю ли я глупость?). На психологический настрой женщины оказывают влияние ее взаимоотношения с врачом, отношение к приему медикаментов, поддержка со стороны мужа или партнера, а также представления о том, как будут происходить роды.

Относительно высокая частота акушерских осложнений, широкое применение кесарева сечения указывают на то, что роды часто протекают совсем не так, как ожидается (Grossman, Eichler, WiniekofF, 1980). Неудивительно поэтому, что рассматривать роды как стандартную ситуацию нельзя.

В некоторых случаях под нажимом врачей или по каким-то иным обстоятельствам женщина отказывается от того, что она считает для себя желательным в процессе родов. Например, она предпочла бы получать обезболивающие средства, но не позволяет себе принимать их, если ее друзья или родственники не одобряют это. Безусловно должны быть обеспечены услуги компетентных акушеров, однако это не исключает личной инициативы. Рождение ребенка - событие сугубо личное. Кульминационный момент беременности - роды - это время проявления сокровенных чувств и осуществления мечты.

Послеродовый период

Послеродовый период требует немалых усилий от всех, имеющих отношение к рождению ребенка. В организме матери происходят физические изменения, связанные с окончанием беременности. Новоявленные родители должны приспосабливаться к своей роли, новому образу жизни и изменению взаимоотношений в семье. Это сложное время приобретения нового опыта, время радостей и огорчений.

Физиологические и анатомические изменения

После родов матка постепенно возвращается к своим нормальным размерам, причем ее масса сокращается от 1000 г непосредственно после изгнания плода до 50-70 г к концу шестой недели послеродового периода. Сразу после отделения плаценты от матки уровни некоторых гормонов в организме матери (особенно эстрогена и прогестерона) резко снижаются. Женщина с трудом приспосабливается к такому быстрому изменению; по мнению некоторых исследователей, эмоциональные всплески, характерные для начала послеродового периода, связаны именно с этим явлением.

Непосредственно после рождения ребенка шейка матки находится в растянутом состоянии, однако уже через неделю она восстанавливает свой тонус, сжимается, а ее отверстие не превышает 1 см. В течение нескольких недель после родов, пока происходит восстановление слизистой матки, наблюдаются выделения, называемые лохиями, окраска которых меняется от тёмнокрасной до розовато-коричневой и желтовато-белой. Влагалище, которое во время родов было сильно растянуто, постепенно сужается и возвращается к прежним размерам.

Психологические реакции

Первые один-два дня после рождения ребенка часто приносят женщине счастье и успокоение. Она чувствует, что в ее жизни свершилось что-то очень важное, родные и друзья окружают ее вниманием и заботой; она получает массу поздравлений. Но на 3-й или 4-й день после родов у многих женщин настроение резко меняется; они становятся плаксивыми, подавленными, их начинают мучить страшные мысли и сны - явление, называемое послеродовой депрессией.

Этот эмоциональный спад обусловлен, вероятно, многими причинами: уже упоминавшимися гормональными факторами, воздействием усталости и физического

стресса, непривычной больничной обстановкой и страхом перед своей новой ролью. В большинстве случаев послеродовая депрессия продолжается всего несколько дней.

В одном из недавних исследований был поставлен вопрос о том, являются ли изменения настроения, наблюдаемые как у женщин, так и у мужчин в послеродовой период, действительно депрессией (Quadagno et al., 1986). Мужья и жены 21 супружеской пары ежедневно заполняли анкеты в течение трех декад: в третьем триместре беременности, в послеродовой период и спустя 6 мес после рождения ребенка. Оказалось, что ощущения, выраженные особенно остро сразу после родов, не соответствовали тем, которые обычно ассоциируются с депрессией (т.е. подавленность, грусть, уныние, пессимизм); вместо этого и мужчины, и женщины испытывали чувства тревоги и озабоченности по поводу того, смогут ли они справиться с новой ситуацией (нервозность, беспокойство, беспомощность), хотя одновременно у них были и положительные эмоции (энтузиазм, счастье). Авторы этого исследования отмечают: "Отдельные лица могут испытывать сильное беспокойство по поводу собственной состоятельности в роли родителя, однако в то же самое время они относятся к этому событию очень положительно".

Не все беременности заканчиваются рождением нормальных детей; мать ребенка с врожденными дефектами или серьезными болезнями (также, как и женщина, родившая мертвого ребенка) может чувствовать себя виноватой, объяснять случившееся какой-то совершенной ею ошибкой. Женщину может волновать вопрос о том, поддержит ли ее материально отец ребенка, следует ли ей кормить ребенка грудью или избрать искусственое вскармливание, будет ли ее ребенок обеспечен всем необходимым. Есть женщины, которые считают своей личной неудачей то обстоятельство, что они оказались неспособны к нормальным родам, и врачам пришлось прибегнуть к кесареву сечению. Женщина, заранее планировавшая отказаться от своего ребенка, после родов может изменить свое решение или испытывать глубокое чувство утраты, даже если она убеждена, что поступает правильно. Необходимость приспосабливаться к новым обстоятельствам возникает тотчас же после возвращения из больницы. Уход за новорожденным (ночные кормления, смена пеленок и т.п.) становится главной заботой женщины. Старшие дети и муж жаждут внимания, друзья и родственники хотят повидаться и поговорить - матери кажется, что ее рвут на части, она в замешательстве и изнеможении. Облегчить существование женщины в это время могут ее собственная мать, родственницы, подруги или специально нанятые помощницы. Мужья также могут помочь в уходе за ребенком, но у них не всегда хватает на это времени, заинтересованности или опыта. Обычно в течение одной-двух недель происходит адаптация к новому состоянию - состоянию родительства, которое мы сейчас рассмотрим.

Родительство

Первые дни после рождения ребенка могут сыграть решающую роль в создании эмоциональной связи между ним и родителями. Физический контакт матери с ребенком, прижимание его к груди, ласки, воркование, агуканье и попытки привлечь его взгляд, по-видимому, оказывают очень сильное влияние на дальнейшее поведение и психологическое здоровье ребенка (Trause, Kennel, Klaus, 1977). Как показал один эксперимент, младенцы, которые вступали в постнатальный контакт со своими матерями в более ранние сроки, проявляли к ним больший интерес в четырехнедельном возрасте (Klaus et al., 1972). В другом исследовании было обнаружено, что новорожденные способны различать голоса разных людей и отдавать предпочтение голосу собственной матери уже в первые три дня жизни (De Casper, Fifer, 1980).

Контакту между отцом и ребенком в начале послеродового периода также придают важное значение. Прежде всего отцы, присутствовашие при родах и сразу взявшие на руки новорожденного, по-видимому, не испытывают того чувства отчужденности, которое часто возникает у отцов, находившихся за дверями родильного отделения; кроме того, судя по результатам исследований, отцы, сразу вступившие в контакт с младенцем, и в дальнейшем проводят с ним больше времени (Todd, Tapley, 1988).

Как уже говорилось, возвращение домой с новорожденным может стать началом тяжелых испытаний. Приспособиться к роли родителей, ограничивающей свободу и личную независимость, научиться приносить в жертву собственные желания бывает нелегко. Никто не может быть идеальным отцом или идеальной матерью - постоянно проявлять терпение, никогда не раздражаться, всегда быть рядом, здраво рассуждать и никогда не ошибаться - очень трудно; проходит немало времени, пока новоиспеченные родители поймут эту истину.

Кормление

Выделение молока (лактация) начинается через 2-3 дня после рождения ребенка; до этого молочные железы вырабатывают молозиво. В подготовке молочных желез к лактации важную роль играет гормон пролактин, секретируемый в больших количествах гипофизом в течение второй половины беременности. Прикладывание младенца к груди усиливает секрецию пролактина, молочные железы еще больше растягиваются, что в конечном итоге приводит к рефлекторному истечению молока (процесс, контролируемый окситоцином). В первые дни кормления грудью мать может испытывать неприятные ощущения вследствие гиперемии молочных желез; соски также бывают болезненными, так как ребенок сжимает их на удивление сильно. Эту болезненность можно ослабить, если за два месяца до рождения ребенка начать подготовку сосков.

Грудное вскармливание имеет ряд преимуществ перед искусственным. Материнское молоко содержит природные вещества, повышающие устойчивость ребенка к болезням, всегда доступно и не нуждается в стерилизации или подогревании. Кормление грудью создает тесную связь между ребенком и матерью, что психологически благотворно действует на обоих. Среди недостатков грудного вскармливания можно отметить следующие: в молоко матери попадают все лекарственные вещества, которые она принимает (Platzker, Lew, Stewart, 1980); если женщина работает вне дома, у неё возникает масса неудобств; и наконец, если молока недостаточно, чтобы удовлетворить потребности ребенка, мать может испытывать чувство вины.

Во время кормления некоторые женщины испытывают сексуальное возбуждение, а иногда даже оргазмы. Эротическое возбуждение в такой ситуации может вызывать у женщины различные реакции - от удовольствия до испуга и чувства вины. Как сообщают Мастере и Джонсон (1966), женщины, кормящие грудью, в первые три месяца после родов проявляют значительно больший интерес к сексу, чем женщины, не вскармливающие детей сами.

За прошедшее десятилетие популярность грудного вскармливания в США несколько выросла. Доля женщин, кормящих грудью новорожденных, увеличилась с 25% в 1971 г. до 58% в 1981 г., а для 5-6-месячных детей эта цифра возросла с 6 до 27% (Martinez, Dodd, 1982). Наибольшее повышение частоты грудного вскармливания наблюдалось в малообеспеченных семьях, хотя высокообразованные и относительно богатые женщины тоже высказывают готовность выкармливать своих детей самостоятельно.

Культурные традиции, по-видимому, тоже оказывают влияние на выбор матери. Согласно данным La Leche League, находясь в больнице кормили своих младенцев грудью 62,2% матерей белой расы, 50,6% - латиноамериканок и 24,9% представительниц черной расы (Leary, 1988). Кроме того, как выяснилось, афроамериканки отнимают детей от груди раньше, чем белые (Kurinij, Shiono, Rhodes, 1988).

Решение каждой отдельной женщины, кормить ли ей ребенка грудью или избрать искусственное вскармливание, зависит от множества обстоятельств. Джиллиф (Jelliffe, 1976) указал на некоторые социальные факторы и предубеждения, определяющие этот выбор: характерное для западного мира переоценивание качества фабричных продуктов; обеспокоенность уменьшением сексуальной роли груди в период кормления ребенка; изменение роли женщины в современном обществе, ее желание делать карьеру; давление, оказываемое пищевой индустрией через рекламу. Вместе с тем аргументы сторонников грудного вскармливания могут заставить женщину почувствовать, что, прибегая к искусственному вскармливанию, она совершает преступление против природы и уклоняется от выполнения своего долга. Мы подозреваем, что если решение самостоятельно выкормить ребенка продиктовано только чувством долга, то эмоциональная польза и для матери и для новорожденного невелика. Искусственное вскармливание дает возможность обоим родителям более свободно взаимодействовать с ребенком и, конечно, тоже способствует созданию близости и нежности.

См. Позиция ВОЗ по грудному вскармливанию

Возобновление сексуальных отношений

Большинство врачей советует женщинам воздерживаться от половых контактов в течение нескольких недель после родов, с тем чтобы зажили последствия эпизиотомии и восстановились ткани влагалища и матки. Точные сроки возобновления сексуальных отношений различны в разных случаях и зависят как от медицинских (например, непрекращающиеся кровотечения, утомляемость), так и от психологических факторов (например, послеродовая депрессия). Спустя 3-4 нед после родов большинство женщин вновь начинают испытывать желание и вполне способны возобновить половую активность. В тех случаях, когда половой акт все еще остается болезненным, можно прибегнуть к другим способам сексуального удовлетворения, пока не наступит полное выздоровление.

Осложненная беременность

Не во всех случаях беременность протекает так, как это запланировано или описано в учебниках. Существует несколько достаточно распространенных видов патологии, которые мы здесь рассмотрим.

Преждевременные роды

Родившимся преждевременно считается ребенок, появившийся на свет до 36-й недели беременности. Такие дети, называемые также недоношенными, болеют и гибнут чаще, чем дети, родившиеся в срок (недоношенность - главная причина смертности среди новорожденных). Нарушения дыхания, судороги и инфекции, весьма распространенные у недоношенных детей, могут привести к тяжелым отдаленным последствиям. В некоторых случаях преждевременные роды бывают связаны с болезнями матери, однако иногда конкретных причин обнаружить не удается. Современные способы ухода за

недоношенными детьми значительно повысили их выживаемость (Working Group, 1990). При угрозе преждевременных родов весьма эффективным показал себя препарат ритодрин, подавляющий родовую деятельность путем расслабления мышц матки.

Токсикоз беременных (гестоз)

Токсикоз беременных - заболевание, выражающееся во внезапном повышении кровяного давления, сильных отеках и появлении белка в моче после 20-й недели беременности (преэклампсия); в некоторых случаях токсикоз приводит к судорогам и коме (эклампсия). Несмотря на то что токсикоз развивается у 6% всех беременных, его причина до конца неясна. Чаще всего эта патология возникает при первой беременности, особенно у слишком юных матерей или у женщин старше 35 лет. Появление токсикоза может быть связано с диабетом или с заболеваниями сосудов. Токсикоз беременных чаще поражает женщин из низших социальных слоев, и судя по некоторым данным, предрасположенность к этому заболеванию передается по наследству. Без медицинского вмешательства токсикоз может привести к смерти матери или плода, но при правильном лечении с этим состоянием обычно удается справиться.

Во многих случаях развитие токсикоза удается предотвратить назначением небольших доз аспирина в третьем триместре беременности (Benigni et al., 1989; Schiffet al., 1989). Аспирин, очевидно, подавляет продукцию тромбоцитами некоего вещества, которое вызывает спазмы кровеносных сосудов и может привести к повышению кровяного давления (Cunningham, Gant, 1989).

Врожденные дефекты и их выявление

Врожденные дефекты встречаются примерно у 3% всех младенцев, родившихся живыми, а среди мертворожденных и абортусов их процент гораздо выше. Примерно 20% врожденных дефектов имеют наследственную природу, 3-5% связаны с хромосомными аномалиями, 2-3% обусловлены внутриутробной инфекцией плода, а 5% - результат воздействия лекарств, которые принимала мать во время беременности, или химического загрязнения окружающей среды; однако в большинстве случаев никакой конкретной причины обнаружить не удается (Wilson, 1977).

Здесь мы коснемся врожденных дефектов только двух типов. Синдром Дауна (называемый также трисомией по 21-й хромосоме) - это хромосомное нарушение, вызывающее тяжелую умственную отсталость, а также поражение сердечно-сосудистой системы, сердца, почек и пищеварительного тракта. Вероятность рождения ребенка с синдромом Дауна повышается с возрастом матери (табл. 5.3). Опасным для развивающегося плода может быть также заражение матери вирусом краснухи (rubella). При инфицировании в первый месяц беременности этот вирус поражает примерно половину зародышей, но если заражение произошло на втором месяце беременности, доля пострадавших эмбрионов снижается до 25%, а если на третьем - до 15%. К числу вредных последствий краснухи относятся глухота, катаракта, пороки сердца, умственная отсталость и задержка физического развития. К счастью, в связи с резким снижением заболеваемости коревой краснухой в США (с 58 000 случаев в 1969 г. до 225 в 1988 г.) резко уменьшилось число случаев врожденной краснухой: в 1988 г. их было зарегистрировано всего 6 (MMWR, 37 (54), табл. 1, 1989).

Таблица 5.3

Повышение вероятности хромосомных аномалий у плода с возрастом матери

Возраст матери	Вероятность синдрома Дауна	Вероятность любой хромосомной аномалии
20	1:1667	1:526
30	1:952	1:385
32	1:602	1:286
35	1:378	1:192
38	1:175	1:102
40	1:106	1:66
42	1:63	1:42
45	1:30	1:21

Рождение ребенка с врожденным дефектом может повергнуть в ужас и вызвать отчаяние. В американском обществе огромное значение придается успеху в жизни и внешности человека, и родители ребенка с врожденной аномалией могут посчитать это признаком того, что у них самих имеется какой-то серьезный дефект, или же "карой", ниспосланной свыше за какой-то их проступок. Некоторые семьи в таких случаях отказываются от больного ребенка, тогда как другие окружают его повышенной любовью и вниманием. Появление в семье ребенка с врожденным уродством может сблизить родителей и придать им новые силы.

К счастью, в настоящее время существует несколько способов обнаружения некоторых дефектов у развивающегося плода. Один такой метод, называемый амниоцентезом (рис. 5.7), состоит в следующем. Через стенку брюшины в полость матки под местной анестезией вводят иглу и отбирают с помощью шприца пробу амниотической жидкости. Анализ этой жидкости позволяет выявить некоторые генетические нарушения (например, синдром Дауна и мышечную дистрофию), а также установить пол плода. В случае обнаружения серьезной аномалии родители могут пойти на прерывание беременности, если это не противоречит их убеждениям. Риск гибели плода в результате амниоцентеза составляет 1%, однако такой риск искупается высокой надежностью этого метода для выявления серьезных генетических нарушений.

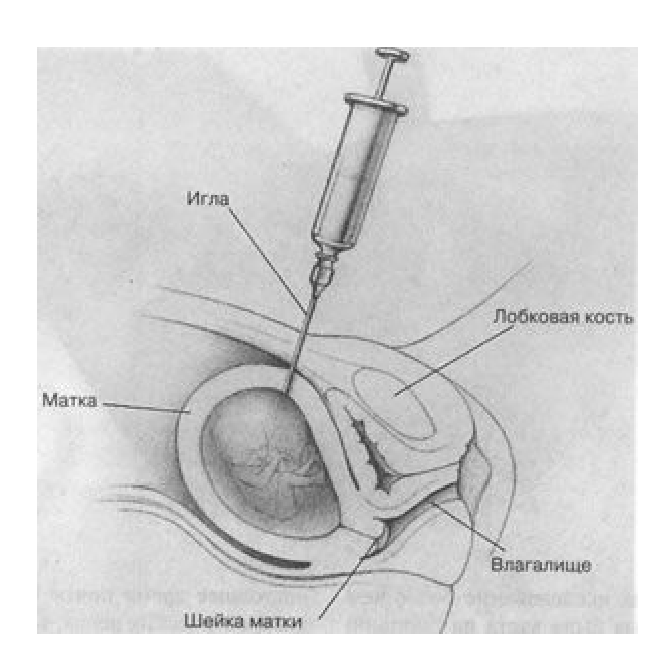


Рис. 5.7. Амниоцентез

Амниоцентез - взятие образца амниотической жидкости из матки беременной. Эту жидкость затем исследуют для выявления возможных пороков развития или наследственных болезней

Более новый метод, называемый биопсией ворсинок хориона, по мнению некоторых ученых, может оказаться еще более полезным. Он состоит в том, что в матку через влагалище и шейку вводят тонкий катетер (рис. 5.8) и отбирают небольшой кусочек ткани ворсинок хориона - малюсеньких нитевидных выростов на поверхности хориона, окружающего плод. Однако в отличие от амниоцентеза, который нельзя проводить раньше 16-й нед беременности, биопсию хориона проводят, начиная с 8-й нед - почти сразу после того, как женщина узнает о своей беременности. Кроме того, результаты этого анализа становятся известны через два дня, тогда как результаты амниоцентеза можно получить лишь спустя 3-4 недели. Таким образом, если при биопсии ворсинок хориона у плода был обнаружен тот или иной дефект, беременность можно прервать в течение первого триместра, что гораздо безопаснее, чем аборт после 20 нед или позднее. Данный метод имеет, однако, один недостаток: в 3,8% случаев после взятия пробы происходит самопроизвольный выкидыш (Hogge, Schonberg, Golbus, 1986). Поскольку указанная частота примерно соответствует частоте самопроизвольных абортов у женщин с тем же сроком беременности, не подвергавшихся этой процедуре, трудно установить, сколько беременностей не сохранились бы и без проведения биопсии ворсинок хориона. Специально проведенное в семи различных клиниках исследование более чем 2200 женщин, у которых была взята на биопсию ткань ворсинок хориона, выявило повышение частоты самопроизвольных абортов не менее, чем на 1%, по сравнению с группой женщин, подвергшихся амниоцентезу (Rhoads et al., 1989). Таким образом, амниоцентез оказывается несколько более безопасным, но учитывая то обстоятельство, что для получения результатов в этом случае требуется длительное время, многие супружеские пары могут предпочесть биопсию ворсинок хориона.

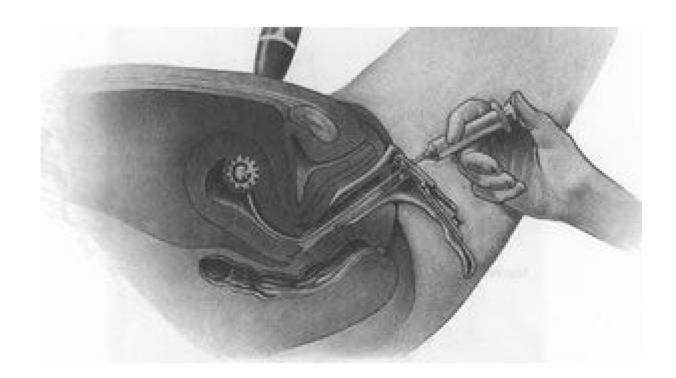


Рис. 5.8. Биопсия ворсинок хориона

Еще один метод, применяемый для обнаружения врожденных дефектов (но не позволяющий выявить большую часть наследственных заболеваний, распознаваемых амниоцентезом или биопсией ворсинок хориона) основан на использовании ультразвука. На мониторе ультразвукового аппарата можно увидеть изображение плода. При выявлении патологии, поддающейся лечению, ее пытаются устранить, назначая определенный курс терапии, или же на основании полученных данных принимают решение вызвать преждевременные роды, с тем чтобы провести младенцу корригирующее лечение (Hill, Breckle, Gehrking, 1983). Ультразвук используют также для оценки роста плода, для выявления многоплодной беременности (двойни, тройни и т.п.), а также в целях диагностики некоторых нарушений у матери или у ребенка. Хотя ультразвуковые исследования проводят в настоящее время почти всем беременным (как в диагностических целях, так и для определения пола развивающегося плода), некоторые врачи сомневаются в правомерности этой процедуры ввиду отсутствия данных о ее отдаленных последствиях.

Внематочная беременность

Внематочная, или эктопическая, беременность встречается примерно один раз на 100 беременностей (Вгееп, 1970; Frankin, Zeiderman, 1973; Rubin, 1983). В период между 1970 и 1986 гг. число внематочных беременностей возросло в США более, чем в 4 раза (рис. 5.9), что может отражать как усовершенствование диагностических методов, так и повышение частоты воспалительных заболеваний половых органов, обусловливающих образование спаек и рубцов маточных труб . Наибольшая частота внематочных беременностей регистрируется у женщин после 35 лет; у представительниц белой расы эта патология встречается реже, чем у женщин с другим цветом кожи (Centers for Disease Control, 1989).

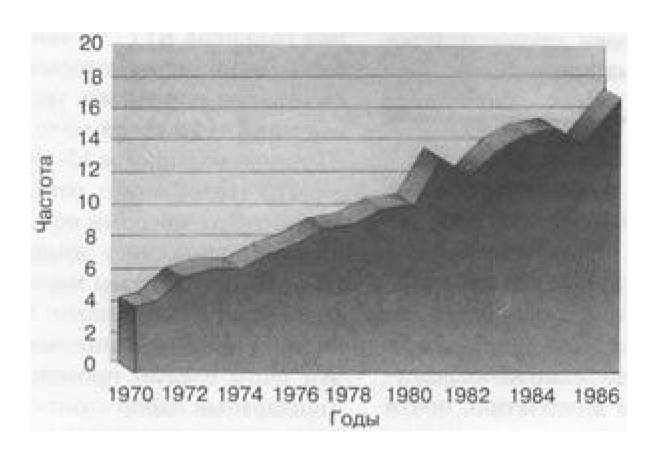


Рис. 5.9 Частота случаев внематочной беременности * в США за 1970 - 1987 гг.

*на 1000 зарегистрированных беременностей.

По данным Center for Disease Control, MMWR, 39:401, 1990.

Примерно в 97% случаев внематочной беременности оплодотворенная яйцеклетка имплантируется в маточную трубу; в остальных случаях она локализуется в яичнике, брюшной полости или на шейке матки. Внематочная беременность обычно возникает при невозможности или затрудненности прохождения оплодотворенной яйцеклетки в матку, вызванных анатомическими отклонениями или наличием рубцовой ткани, образовавшейся в результате хирургической операции, инфекции или опухоли. Внутриматочные противозачаточные средства также повышают вероятность внематочной беременности (Marchbanks et al., 1988).

В большинстве случаев внематочная беременность прерывается на относительно ранней стадии, но если рост эмбриона, плаценты и плодных оболочек продолжается достаточно долго, то возникает весьма реальный риск разрыва маточной трубы и кровотечения. Поскольку диагностировать это состояние трудно, внематочная беременность занимает седьмое место среди главных причин смертности беременных женщин. Частота повторных случаев внематочной беременности у женщин, перенесших ее в прошлом, составляет примерно 20%.

До недавнего времени внематочная беременность требовала хирургического вмешательства в больничных условиях (Огу, 1989). Операция состояла либо в удалении эмбриона через небольшой надрез в маточной трубе, либо в иссечении части трубы с имплантированным зародышем. В настоящее время в некоторых случаях возможно амбулаторное лечение с помощью инъекций метотрексата (обычно используемого для лечения злокачественных новообразований), который вызывает рассасывание развивающегося зародыша до того, как он достигнет угрожающих целостности трубы размеров (Stovall, Ling, Buster, 1989). Хотя метод находится пока на стадии разработки, он может оказаться эффективным, поскольку использование ультразвука часто позволяют диагностировать внематочную беременность на более ранних стадиях, чем прежде.

Резус-несовместимость

Резус-несовместимость (или Rh-несовместимость) состоит в том, что антитела, содержащиеся в крови матери, разрушают эритроциты плода, вызывая гемолитическую болезнь новорожденных, умственную отсталость или смерть. Эта проблема возникает лишь в тех случаях, когда в крови матери нет Rh-фактора (мать Rh-отрицательная), а в крови ее плода этот фактор имеется (плод Rh-положительный) - сочетание, возникшее в результате того, что отец ребенка Rh-положителен. Но даже при этих условиях риску обычно подвергается не первая беременность (поскольку в крови матери еще не успели накопиться антитела к Rh-фактору), а последующие, если плод окажется Rh-положительным.

Развитие Rh-чувствительности можно предотвратить с помощью антирезусного гамма-глобулина (Rho-GAM) - лекарственного вещества, которое подавляет образование антител. Его необходимо ввести Rh-отрицательной матери в течение 72 ч после рождения у нее (или выкидыша) Rh-положительного плода. Если Rh-несовместимость уже возникла в результате прежней беременности, то специальное переливание крови проводят пока плод еще находится в утробе матери.

Бесплодие

Люди обычно считают, что зачатие происходит почти автоматически, однако у 10-15% супружеских пар, не использующих противозачаточные средства, беременность не возникает на протяжении целого года или более. Этому состоянию, называемому бесплодием, довольно долго не уделяли должного внимания. И хотя оно редко непосредственно угрожает здоровью или долголетию, почти всегда приносит горе и страдания.

Причины бесплодия

Обычно за медицинской помощью по поводу бесплодия обращаются женщины, но во многих случаях неспособность зачать ребенка зависит от обоих членов бездетной пары. Поэтому важно, чтобы к врачу обратились как женщина, так и мужчина и тщательное обследование прошли оба супруга. Примерно в 85% случаев бесплодия удается установить его истинную причину.

Женское бесплодие

Две главные причины женского бесплодия - это нарушение овуляции и непроходимость маточных труб. Отсутствие овуляции (или редкая овуляция) может быть вызвано нарушением функции яичников, гормональными расстройствами, некоторыми хроническими заболеваниями, злоупотреблением наркотиками и плохим питанием. В редких случаях нарушение овуляции может быть связано с психологическим стрессом.

Нарушение овуляции можно выявить по графику базальной температуры тела (БТТ), определяя уровень гормонов или исследуя соскоб слизистой оболочки матки под микроскопом. График БТТ женщины строят, ежедневно измеряя температуру сразу после того как она проснется, но до того как встанет. В течение первой половины менструального цикла БТТ низкая, но по мере усиления секреции прогестерона, что происходит сразу после овуляции, температура повышается и остается повышенной на протяжении 10-16 дней (рис. 5.10). Отсутствие сдвига температуры служит признаком того, что овуляции не произошло.



Рис. 5.10 Изменение базальной температуры тела (БТ)

До недавних пор главным методом определения момента овуляции или ее наличия было составление графиков БТТ, но теперь разработаны новые тесты, с помощью которых женщина может самостоятельно определять уровни лютеинизирующего гормона (ЛГ) в

своей моче, чтобы уловить выброс ЛГ, происходящий за 12-24 ч до овуляции. В основе этих тестов лежит тот же метод моноклональных антител, который используется при определении беременности в домашних условиях; применяемые тест-системы известны под разными коммерческими названиями: First Response, Ovutime, Ovustick. Хотя для получения точных результатов эти тесты следует проводить 4-6 дней подряд, а стандартный набор стоит от 40 до 60 долларов, затраты оправдываются, поскольку тестирование ЛГ позволяет точно определить, происходила овуляция или нет (March, 1985).

Непроходимость маточных труб может быть вызвана рубцами, образовавшимися после тех или иных инфекционных заболеваний в тазовой или брюшной полости. Непроходимость может возникнуть также в результате эндометриоза - распространенного заболевания, при котором ткань, выстилающая полость матки, прорастает в другие органы, расположенные в тазовой или брюшной полости, что часто сопровождается образованием рубцов.

Эндометриоз обычно диагностируется с помощью лапароскопии; для этого в брюшную полость женщины через небольшой разрез под пупком вводят тонкую телескопическую трубку с осветителем. В случае обнаружения имплантатов эндометрия или кистозных образований небольшой кусочек аномальной ткани иссекают и подвергают ее тщательному гистологическому исследованию.

Проверку маточных труб на непроходимость проводят либо с помощью теста Рубина, при котором в матку вводят двуокись углерода и наблюдают, проходит ли этот газ в брюшную полость, либо путем рентгеноскопии матки и маточных труб, используя краситель, который очерчивает контуры этих структур. Большинство врачей предпочитают рентгеноскопию, дающую более точные результаты.

К другим менее распространенным причинам женского бесплодия относятся аномальная слизь шейки матки, препятствующая проникновению сперматозоидов, врожденные дефекты половых органов, опухоли, инфекции (см. гл. 19) и аллергическая реакция на сперму. В некоторых случаях причиной бесплодия может быть отсутствие половых контактов в период овуляции, а в других - использование искусственных смазок, например вазелина или K-Y Jelly, которые способны инактивировать сперматозоиды (не следует, однако, считать, что эти препараты можно использовать в качестве противозачаточных средств).

Мужская стерильность

Главная причина мужского бесплодия - низкое содержание сперматозоидов в семенной жидкости. Если в 1 см3 содержится менее 40 млн. сперматозоидов, то это ниже нормы; однако беременность нередко оказывается возможной даже при концентрации 20 млн./см3. При меньшем числе шансы на оплодотворение значительно ниже. К другим факторам, определяющим мужскую плодовитость, относятся подвижность сперматозоидов, доля среди них аномальных половых клеток, а также объем семенной жидкости.

Низкое число сперматозоидов может быть обусловлено травмой яичек, каким-либо инфекционным заболеванием (в частности, эпидемическим паротитом в зрелом возрасте, если он захватывает яички), облучением, эндокринными расстройствами, варикозным расширением вен мошонки, неопущением яичка и врожденными дефектами. Нарушение продукции спермы может быть связано со злоупотреблением спиртными напитками,

курением, употреблением наркотиков и некоторых лекарственных препаратов, выдаваемых по рецепту врача (Kolodny, Masters, Johnson, 1979).

По некоторым данным к негативным последствиям могут привести длительные велосипедные тренировки и привычка носить слишком тесное нижнее белье. Поскольку на продукцию спермы оказывает влияние температура, частые посещения сауны, горячие ванны и парилки могут снизить число подвижных сперматозоидов. Такой же результат может иметь место и при слишком высокой частоте эякуляции (однако продукция половых клеток при этом не может снизиться настолько, чтобы исключить возможность зачатия!).

У мужчины, так же как и у женщины, возможна непроходимость половых путей, вызванная инфекцией или врожденными дефектами. При полной непроходимости в эякулят не попадает ни одного сперматозоида, несмотря на то, что яички функционируют нормально. Бесплодие может быть обусловлено также тем, что мужчина неспособен к эякуляции, не может совершить половой акт ввиду затруднений с эрекцией или же тем, что эякуляция происходит вне влагалища .

Лечение бесплодия

Женщинам, у которых овуляция не происходит, часто назначают кломифен - таблетки, которые индуцируют созревание яйцеклеток, стимулируя секрекцию ЛГ и ФСГ (фолликулостимулирующий гормон). Примерно половина пациенток после приема этого препарата беременеют. Кломифен повышает вероятность многоплодной беременности (двойней, тройней и т.д.) от обычных 1,2% до 8%. При отсутствии эффекта кломифена назначают менопаузальный гонадотропин человека (МГЧ) в форме инъекций. Этот препарат действует непосредственно на яичники без участия гипофиза и вызывает овуляцию у более чем 90% женщин с функционирующими яичниками. Беременность возникает у 60-70% женщин, которым вводят данный гормон, причем 20% беременностей оказываются многоплодными (15% двоен и 30% троен или даже 4, 5 и 6 детей). Ни кломифен, ни МГЧ не повышают риск самопроизвольного аборта или врожденных дефектов. Однако эти препараты могут чрезмерно стимулировать яичники, вызывая сильное их увеличение (иногда до размеров апельсина) и выделение жидкости в брюшную полость. При таком состоянии (чаще возникающем в результате приема МГЧ, а не кломифена) обычно необходима госпитализация, так как возможен разрыв яичников.

Непроходимость маточных труб иногда удается ликвидировать с помощью микрохирургии. Контролируя свои действия под микроскопом, хирург удаляет препятствие, а затем сшивает друг с другом здоровые участки. Микрохирургия в настоящее время дает успешные результаты только у 30-50% пациенток (Jacobs et al., 1988). Женщины, которым хирургическое вмешательство не помогло, а также те, у кого маточные трубы отсутствуют, имеют возможность прибегнуть к экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО).

Если бесплодие вызвано эндометриозом, применяют либо хирургическое лечение, либо имплантаты эндометрия выжигают лазерным лучом. Во время этой процедуры потери крови очень невелики, поскольку при действии лазера кровеносные сосуды в операционном поле практически блокируются. После лазерной лапароскопии беременность наступает у 40-65% женщин (Berger, Goldstein, Fuerst, 1989). При эндометриозе используют также медикаментозное лечение, например таким препаратом, как даназол.

Методы лечения мужского бесплодия разработаны гораздо меньше. В результате хирургического вмешательства при варикозном расширении вен мошонки содержание сперматозоидов в эякуляте может значительно повыситься, однако большинство других видов мужского бесплодия плохо поддаются лечению. Использование тестостерона для достижения "симптома отдачи" после первоначального подавления продукции сперматозоидов иногда оказывается эффективным, а применение кломифена при бесплодии мужчин дало неопределенные результаты. Если бесплодие вызвано инфекционными заболеваниями, анатомическими дефектами или гормональными расстройствами, то при правильном лечении с ними удается справиться, но таких случаев относительно мало. У мужчин с пограничным числом сперматозоидов ежедневная эякуляция может реально понизить плодовитость в результате уменьшения числа сперматозоидов; в таких случаях шансы зачать ребенка повышаются, если сократить частоту эякуляций так, чтобы интервал между ними составлял минимум 48 ч.

В двух канадских исследованиях поднято несколько важных вопросов относительно достигнутых в настоящее время результатов в лечении бесплодия. Изучение 1145 бездетных супружеских пар на протяжени 2-7 лет показало, что частота беременности в тех случаях, когда проводится лечение, лишь незначительно выше (41%), чем у тех пар, которые не лечились (35%) (Collins et al., 1983).

В другом исследовании было показано, что у 65% пар, страдавших в течение нескольких лет бесплодием неизвестной этиологии, зачатие произошло и без всякого лечения (Rousseau et al., 1983). Таким образом, поскольку во многих случаях бесплодия беременность наступает спонтанно, врачам, очевидно, следует проводить тщательные диагностические тесты, с тем чтобы решить, действительно ли есть необходимость в лечении. Точно так же люди, стремящиеся во что бы то ни стало иметь ребенка, должны знать, что у многих из них есть шансы добиться зачатия, даже если поначалу лечение представляется неэффективным.

Искусственное оплодотворение (инсеминация)

Искусственное оплодотворение состоит в том, что семенную жидкость вводят во влагалище или в матку без полового акта. Существует два основных типа искусственного оплодотворения: с использованием спермы мужа или с использованием семенной жидкости донора. В обоих случаях женщина должна обладать относительно нормальной плодовитостью.

Искусственное оплодотворение спермой мужа можно попытаться применить, если число сперматозоидов у него низкое, но не нулевое. Процедура редко оказывается успешной, если число сперматозоидов в семенной жидкости ниже 106/см3, а также при низкой подвижности мужских половых клеток. Искусственное осеменение лучше всего производить, вводя образец свежей спермы во влагалище у зева шейки матки. Использование замороженной спермы (после оттаивания) снижает подвижность сперматозоидов; применение смеси спермы из разных источников не улучшает результаты. Инъекция семенной жидкости в матку может вызвать сильную судорогу и сопряжена с риском инфекции. Эффективность искусственного оплодотворения спермой мужа основана на том, что при этом сперма сразу оказывается у шейки матки, тогда как при половом акте до зева доходит лишь небольшая часть сперматозоидов.

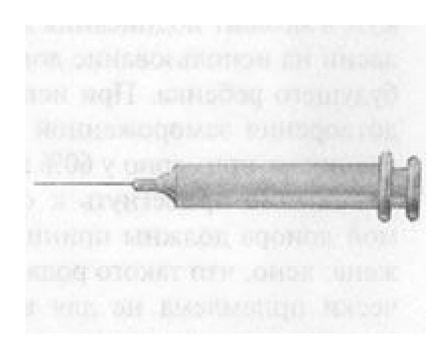
Семенная жидкость доноров используется в тех случаях, когда число сперматозоидов в эякуляте мужа равно нулю или очень невелико. Донор, отбираемый по таким критериям, как великолепное здоровье, высокий уровень интеллекта и физическое сходство с мужем

пациентки, выдает порцию спермы, полученной в результате мастурбации (за сперму ему платят). Донор остается неизвестным супружеской паре. Правовой статус донора во многих штатах неясен; по законам Калифорнии муж в момент подписания документа о своем согласии на использование донора становится отцом будущего ребенка. При использовании для оплодотворения замороженной спермы беременность возникает примерно у 60% женщин.

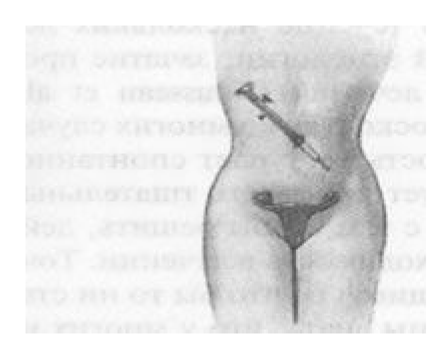
Решение прибегнуть к оплодотворению спермой донора должны принимать совместно муж и жена; ясно, что такого рода процедура психологически приемлема не для всех. Некоторые люди приравнивают ее к адюльтеру, для других она противоречит их религиозным убеждениям, многие жены опасаются, что муж отвергнет ребенка или будет плохо к нему относиться, потому что ребенок "не его". Несмотря на опасения женщин, почти все супруги, которым удалось добиться беременности с помощью донорской спермы, считают, что это сильно сблизило их друг с другом и что мужа искренне воодушевляет его отцовство. К искусственному оплодотворению спермой донора нередко прибегают также одинокие женщины, которые хотят иметь ребенка.

ЭКО: оплодотворение in vitro

Поздним вечером 25 июля 1978 г. у Лесли и Джона Браунов из Олдема немного раньше положенного срока родилась с помощью кесарева сечения девочка весом 2 кг 600 г. Фотография этого здорового нормального ребенка, названного Луизой, обошла страницы почти всех крупных газет западных стран. Сперматозоид и яйцеклетка, объединившиеся для зачатия Луизы, встретились не в маточной трубе, а в пробирке, т.е. in vitro, вне организма матери. Луиза Браун была первым ребенком, родившимся в результате оплодотворения in vitro (рис. 5.11).



Ежедневные инъекции гормона стимулируют продукцию яйцеклеток. Спустя примерно 7 дней происходит их освобождение



В маленький разрез в области пупка вводят лапароскоп, чтобы найти фолликулы, содержащие яйцеклетки. Яйцеклетки извлекают при помощи полой иглы



Каждую яйцеклетку помещают в чашку Петри, содержащую культуральную среду, которая воспроизводит биохимическую среду матки Спустя 5 или 6 ч в чашку Петри добавляют сперматозоиды. При этом используют только высоко активные сперматозоиды, что позволяет уменьшить их число, необходимое для оплодотворения



Оплодотворенные яйцеклетки инкубируют 48 ч, а затем вводят в матку, где происходит их имплантация.



Рис. 5.11 Процесс оплодотворения in vitro

Это замечательное событие стало возможным благодаря двум английским врачам - Патрику Степто (Patrick Steptoe) и Роберту Эдвардсу (Robert Edwards). К тому моменту когда доктор встретил Лесли Браун, которая не могла забеременеть из-за непроходимости труб, он уже в течение более 10 лет проводил эксперименты по экстракорпоральному оплодотворению (ЭКО). В свою очередь Лесли Браун до встречи в доктором Степто подверглась хирургической операции по поводу непроходимости. Операция оказалась не просто безрезультатной: когда Степто обследовал пациентку, он обнаружил такое сильное повреждение маточных труб ("одни обрывки"), что их пришлось удалить. Лесли сначала ввели гормоны, чтобы стимулировать созревание яйцеклеток в ее яичниках. Затем Степто и Эдварде сделали ей небольшой разрез вблизи пупка и с помощью увеличивающего и освещающего прибора они извлекли зрелую яйцеклетку и поместили ее в чашку Петри, содержащую тщательно подобранную среду из питательных веществ, соответствующую среде маточных труб. В эту чашку быстро добавили сперму Джона Брауна (полученную путем мастурбации). После того как сперматозоид и яйцеклетка слились, началось

дробление. Образовашуюся бластоцисту (полый шар из 64 клеток) ввели в матку Лесли. Примерно через неделю врачи констатировали, что бластоциста имплантировалась в стенку матки, т.е. Лесли Браун забеременела.

Степто и Эдварде сделали больше 30 попыток имплантировать яйцеклетки, оплодотворенные вне организма матери, прежде чем им удалось достигнуть успеха с четой Браунов. В двух случаях беременность возникла, но затем она спонтанно прервалась - один раз из-за разрыва оболочки, окружающей зародыш, а в другой раз - вследствие какой-то генетической аномалии. Второй случай вызывает особое беспокойство у врачей, работающих в этой области. Кто несет ответственность за генетическую аномалию у ребенка, родившегося с помощью ЭКО? Является ли дефект результатом оплодотворения вне матки или же он возник бы и в случае естественного оплодотворения? Следует ли считать уничтожение оплодотворенной яйцеклетки в пробирке абортом

?

После этого первого успеха, достигнутого Степто и Эдвардсом, по всему земному шару открылось множество клиник ЭКО, в том числе свыше 200 центров только в США. По 1990 г. на свет родилось больше 15 000 младенцев, зачатых in vitro, в том числе 2627, родившихся живыми в 1988 г. в США (Medical Research International and Society for assisted Reproductive Technology, 1990) и 3600, родившихся во Франции в 1987 г. (The New York Times, April 11,1989). Беременности, развившиеся в результате ЭКО, во-первых, довольно часто оказываются многоплодными, а во-вторых 50 - 60% из них требуют применения кесарева сечения. Последнее обстоятельство отражает тот факт, что женщины, прибегающие к ЭКО, как правило, превышают средний возраст деторождения и имеют много проблем со здоровьем. Саму беременность в этом случае можно рассматривать как подарок судьбы. В целом результаты оплодотворения in vitro в значительной степени сравнимы с результатами, которых можно ожидать для сходной группы женщин, забеременевших естественным образом (Andrews et al., 1986; Seibel, 1988). Особенное внимание привлекают несколько исследований, показывающих, что при ЭКО не было отмечено повышения частоты врожденных дефектов или нарушений развития у детей (Seibel, 1988; Могап et al., 1989).

Наилучшие результаты ЭКО дает у женщин моложе 35 лет с нормальным менструальным циклом, мужья которых имеют нормальное число сперматозоидов (Berger, Goldstein, Fuerst, 1989). (Примерно в 50% случаев к ЭКО прибегают женщины в возрасте 40 лет или старше, у мужей которых число сперматозоидов понижено не очень сильно; при очень низком числе сперматозоидов или полном их отсутствии супружеской паре целесообразно прибегнуть к ЭКО с использованием донорской спермы.) ЭКО может помочь во многих случаях: при непроходимости маточных труб или их отсутствии, при тяжелом эндометриозе и при иммунологическом бесплодии, т.е. при тех видах патологии, которые в прошлом считались почти непреодолимым препятствием к зачатию для многих сотен и тысяч супружеских пар.

Подобно любой другой медицинской процедуре ЭКО имеет свои недостатки. Прежде всего, это дорогостоящая операция: каждая попытка достигнуть беременности обходиться в 4000 - 6000 долларов. Это дало повод к обвинению врачей в меркантильности (особенно, если речь шла о частных или коммерческих клиниках), а кроме того, вызвало недовольство действиями страховых компаний, отказывающихся оплачивать такие процедуры. Другая проблема состоит в том, что не все клиники, занимающиеся ЭКО, получают хорошие результаты; в некоторых из них ни разу не удалось добиться успешной

беременности, которая бы закончилась рождением живого ребенка (Raymond, 1988). Поскольку деятельность в этой области по существу никак не контролируется, самих участвующих в ней врачей беспокоит возможность обмана обратившихся к ним за помощью людей. Особенно большое беспокойство бывает связано с тем, что многие супруги, готовые прибегнуть к ЭКО, в результате своих длительных усилий родить ребенка эмоционально переутомлены и неспособны проявить должную в такой ситуации осмотрительность. Выше приведен перечень вопросов, которые помогут вам сделать осознанный выбор того или иного вспомогательного метода репродукции.

Ко всему этому следует добавить, что поскольку лишь примерно в 12% случаев циклы стимуляции ЭКО приводят к рождению живых младенцев, совершенно ясно, что не все супружеские пары, пройдя через эту тяжелую как в физическом, так и в эмоциональном плане процедуру, в конечном итоге получат ребенка. [По мнению некоторых специалистов, в целом ЭКО оказывается успешным только для половины супружеских пар, причем беременности обычно удается достигнуть за первые четыре цикла (Seibel, 1988; Seibel, Ranoux, Kearnan, 1989).]

Чтобы оценить ЭКО в полной мере, полезно помнить, что несмотря на все связанные с этой процедурой расходы и проблемы, ЭКО во многих отношениях - это реализовавшееся чудо:

После десяти лет надежд и разочарований мы уже не верили, что когда-нибудь у нас будет ребенок. Но узнав, что в находящемся неподалеку университете стали проводить ЭКО, мы решили предпринять еще одну попытку. Теперь у нас пара близнецов, которым по два года и которые служат живыми доказательствами искусности врачей университетской клиники. Можно ли представить себе более высокую награду за упорство? (Из картотеки авторов)

Другие вспомогательные методы репродукции

Ниже вкратце описаны некоторые методы, являющиеся производными ЭКО.

1. **GIFT - Перенос гамет в маточную трубу.** В этом случае смесь спермы и яйцеклеток помещают непосредственно в маточную трубу. Оплодотворение происходит в естественной среде, а не в пробирке, как при ЭКО. Данный метод можно использовать только в том случае, если у женщины есть хотя бы одна маточная труба, но успешность этой процедуры в общем несколько выше (до 30% в некоторых клиниках), чем при ЭКО (Medical Research International and Society for Assisted Reproductive Technology, 1990). Перенос гамет в маточную трубу дает особенно хорошие результаты, когда бесплодие вызвано эндометриозом; если причины его неизвестны или если химическая среда шейки матки вызывает гибель сперматозоидов. Этот метод обеспечивает доставку яйцеклетки и большого количества подвижных сперматозоидов в маточную трубу, т.е. туда, где в норме должно происходить оплодотворение. Если семенная жидкость мужа содержит мало сперматозоидов, для переноса можно использовать и донорскую сперму. (Cefalu et al., 1988).

2. **ZIFT - Перенос зиготы в маточную трубу.** В этом случае яйцеклетки жены оплодотворяют спермой ее мужа in vitro. Затем зиготу (оплодотворенное яйцо) не позднее, чем через 24 ч, переносят в маточную трубу. Этот способ обладает существенным преимуществом, поскольку врачи имеют возможность убедиться, что оплодотворение действительно состоялось; если же оплодотворения не произойдет, то супруги при желании могут воспользоваться донорской спермой.

3. **Донорство яйцеклетки.** Для женщин, неспособных к овуляции или не имеющих яичников, современные репродуктивные технологии предусматривают использование яйцеклетки доноров. Такой подход сродни использованию донорской спермы. В некоторых программах донор остается полностью анонимным, но его подбирают таким образом, чтобы по своим физическим признакам он был сходен с реципиентом (Kennard et al., 1989). Право выбора донора может принадлежать и женщине, желающей забеременеть (Sauer et al., 1989). Наиболее часто донором яйцеклеток становится сестра или другая близкая родственница женщины, но иногда в этой роли выступает кто-нибудь из ее друзей или платный донор. Использование донорских яйцеклеток особенно ценно в тех случаях, когда женщины хотят избежать передачи своим детям каких-либо генетических дефектов, имеющихся в их семьях. Обычно яйцеклетки, полученные от донора, оплодотворяют в лаборатории спермой мужа, после чего оплодотворенную яйцеклетку, т.е. зиготу, переносят в маточную трубу или прямо в матку, как при ЭКО. (Предварительно проводят гормональную стимуляцию реципиента, с тем чтобы подготовить матку к приему оплодотворенной яйцеклетки.) В этих случаях, так же как и при использовании донорской спермы, возникают многочисленные этические и религиозные проблемы, что неизбежно при внедрении любого нового метода; мы рассмотрим эти осложнения в гл. 24. Результаты, полученные при использовании донорских яйцеклеток, примерно такие же, как и при методах биомедицинского вмешательства с использованием собственных яйцеклеток жены.

4. **Пересадка зародышей** - метод, вызывающий еще больше разногласий. Он состоит в использовании спермы мужа для искусственного оплодотворения женщины, которая не является его женой. Через пять дней, т.е. на самой ранней стадии имплантации, зародыш извлекают из матки донора и переносят в матку жены. Если зародыш успешно имплантируется в матку жены, то обычно возникает нормальная беременность. (Главный момент в этой процедуре - синхронизация менструальных циклов реципиента и донора; это достигается путем инъекций женщине-реципиенту гормональных препаратов, с тем чтобы эндометрий ее матки был соответствующим образом "подготовлен" к приему зародыша и дал ему возможность имплантироваться.) Применение данного метода возможно только в том случае, если донор здорова и будет неукоснительно воздерживаться от употребления наркотиков и спиртных напитков. В некоторых штатах пересадка зародышей встречает юридические затруднения; поэтому супругам, желающим завести ребенка таким способом, необходимо предварительно посоветоваться с адвокатом

.

5. **Замораживание зародышей** - еще один метод репродукции, разработанный совсем недавно. Первый ребенок, родившийся из замороженного на ранней стадии развития зародыша, появился на свет в 1985 г. (Fugger, 1989). Одна из главных причин, по которой производят замораживание зародышей, - избежать многоплодной беременности, поскольку у женщин в ответ на гормональную стимуляцию, проведенную в рамках программы ЭКО, происходит "суперовуляция", т.е. образуется большое число яйцеклеток. Кроме того, замораживание избыточных зародышей снижает стоимость последующих попыток ЭКО, поскольку при этом уже не придется извлекать яйцеклетки. До 1989 г. в 25 клиниках страны примерно на 2000 пациентов было заморожено свыше 7000 яйцеклеток и зигот; из таких яйцеклеток после их оттаивания уже родилось 48 живых младенцев (Fugger, 1989). Однако оттаивание удается не всегда; нельзя также исключить возможность того, что замораживание и оттаивание наносят вред оплодотворенной яйцеклетке, последствия которого неизвестны, не говоря уже о многочисленных этических и правовых проблемах. Например, кому "принадлежит" такой пре-эмбрион в

случае развода супружеской пары или их смерти? Кто должен решать, когда можно уничтожить замороженный зародыш и допустимо ли это вообще?

Суррогатное материнство

Некоторые супружеские пары, в которых жена бесплодна, а муж фертилен, нанимают женщин для выполнения роли суррогатной матери. Такой дублерше производят искусственное осеменение, используя сперму мужа, и она вынашивает ребенка, рожает его и отдает на усыновление (удочерение) нанявшим ее супругам. Известен по крайней мере один случай, когда суррогатной матери имплантировали яйцеклетку бесплодной женщины, которую оплодотворили in vitro спермой ее мужа (Utian et al., 1985). Женщина не могла сама забеременеть и носить ребенка, так как у нее были удалены матка и маточные трубы, однако ее яичники продолжали функционировать, что позволило использовать ее собственные яйцеклетки для введения суррогатной матери после ЭКО.

По имеющимся оценкам в настоящее время сотни суррогатных матерей заключают "контракты на вынашивание" (плата за это колеблется от 2000 до 20 000 долларов, а официальная ставка составляет примерно 5000 долларов).

В январе 1983 г. появившиеся в газетах заголовки "Младенец, рожденный суррогатной матерью, остался невостребованным" привлекли внимание широкой публики к проблеме, о которой до того было мало что известно. По мере раскручивания этой непростой истории выяснилось, что 26-летняя суррогатная мать Джуди Стайвер из Мичигана родила физически (и возможно умственно) неполноценного младенца, а 46-летний Александр Малахов из Нью-Йорка, заключивший с ней контракт, отказался от ребенка на том основании, что он не является его отцом. Медицинские тесты в конце концов подтвердили правоту Малахова, однако вся эта история выглядела крайне неприглядно. Во время телевизионной очной ставки Стайверов с Малаховым стороны настолько увлеклись взаимными обвинениями, что о судьбе самого ребенка просто забыли. Хотя Стайверы в конце концов согласились оставить его у себя, этот случай поднимает ряд сложных проблем, касающихся этических аспектов наших новых репродуктивных технологий.

Что могло бы произойти, если бы было доказано, что Малахов или какой-нибудь будущий Малахов является отцом младенца? Мог бы он, как предположил один журналист, попытаться отказаться от ребенка и потребовать возмещения затраченных средств?

Техническое родительство может чисто внешне напоминать бизнес, однако это совсем не бизнес; это отклик на мольбу другого человека о помощи. И если ребенок, которого родила суррогатная мать по просьбе бездетной семьи, оказался "подпорченным", они должны понимать, что этот ребенок появился на свет в ответ на их желание. Кроме того, больные дети иногда приносят семье большее удовлетворение, чем полноценные и здоровые (Rosenblatt, 1983).

Такая точка зрения заслуживает похвалы, однако в реальном мире люди не всегда бывают столь добросердечны. Что произойдет с ущербными детьми, рожденными не только суррогатными матерями, но незамужними женщинами, воспользовавшимися услугами банка спермы? Если ребенок, зачатый с помощью методов ЭКО, имеет врожденную патологию, то не приведет ли это к судебным искам и финансовым проблемам? Или же мы стоим на пороге эры, когда репродукция будет регулироваться правительством в направлениях, описанных Джорджем Оруэллом в романе "1984" или Олдосом Хаксли в "Прекрасном новом мире"?

Суррогатное материнство может обернуться и другой проблемой. Некая Мэри Бэт Уайтхед из БрикТауншип (шт. Нью Джерси) в 1986 г. заключила контракт на вынашивание ребенка для Уильяма и Элизабет Стернов с использованием спермы м-ра Стерна для искусственного осеменения. Однако, родив девочку, она решила не отдавать ребенка заказавшей его семье и уехала со своим мужем во Флориду; но в 1987 г. на широко освещавшемся в печати процессе, суд признал законность контракта, подписанного миссис Уайтхед и Стернами. И сам процесс, и решение судьи вызвали очень много споров; многие обозреватели чувствовали, что несправедливо оставлять в силе контракт, по которому миссис Уайтхед должна была отдать ребенка Стернам.

Хотя в начале 1990-х гг. закон, запрещающий использование суррогатных матерей, не был принят, в ряде штатов такие законопроекты рассматриваются. Однако вместе с тем среди широкой публики, врачей и юристов появляется все больше сторонников этой практики. Один из представителей Американской коллегии адвокатов заметил:

Движение в защиту практики суррогатного материнства следует рассматривать в свете той свободы, которая лежит в основе нашего общества. Законодательное запрещение использования суррогатных матерей неизбежно окажется неконституционным, нарушающим право супружеских пар самостоятельно решать вопрос о своем потомстве. Поэтому нам следует подумать о такой государственной политике, которая бы создала наиболее благоприятные условия для всех участников подобных соглашений. Мы больше не можем подходить к этой проблеме со страусиных позиций (Lawson, 1986).

Тем не менее в обществе не утихают споры относительно этических аспектов допустимости использования суррогатных матерей .

Усыновление и бесплодие

Еще один способ стать родителями состоит в усыновлении ребенка, хотя вследствие легализации абортов эта возможность в настоящее время гораздо менее доступна, чем 20 лет назад. Усыновление - единственная возможность иметь детей, если оба партнера бесплодны. Нередко можно услышать, что у пары, решившейся на усыновление, вскоре появляется собственный ребенок; объясняют это обычно ослаблением усилий, прилагавшихся партнерами для достижения беременности (Lamb, Leorgans, 1979). Хотя данная концепция и заслуживает внимания, со всей уверенностью можно сказать, что такие пары на самом деле не были бесплодными.

Психологические аспекты бесплодия

Бесплодие почти всегда оказывается для человека неожиданным. Мысль о том, что вы не можете иметь детей, угнетает, вызывает чувство безнадежности и отчаяния. Супруги ощущают психологическое давление со стороны сверстников и членов семьи, они начинают обвинять в неудаче друг друга; по мере того как пара "все сильнее старается" добиться беременности, секс может превратиться из удовольствия в работу. Многие женщины чувствуют себя неполноценными и несостоявшимися, столкнувшись с бесплодием, а мужчины испытывают тревогу и депрессию, поскольку довольно часто отождествляют мужественность со способностью зачать ребенка. Многие из них до такой степени боятся оказаться несостоятельными в этом вопросе, что под любыми предлогами отказываются от медицинских обследований и лечения. Неудивительно, что в таких ситуациях отношения в семье становятся напряженными. В процессе лечения от бесплодия нередко возникают сексуальные проблемы, так как приходится соблюдать

расписание ("врач велел на этой неделе иметь половые контакты в понедельник, среду и пятницу"), подчиняться ограничениям ("не сегодня, дорогая, мне завтра предстоит тест на содержание сперматозоидов") или испытывать давление ("у меня сегодня овуляция и нам непременно надо совершить половой акт. Почему у тебя не получается?"). Когда секс целиком направлен на достижение зачатия, супружеские пары часто пренебрегают сексуальной игрой, которой они раньше с удовольствием занимались; вместо этого они стремятся как можно скорее перейти "к делу". При этом секс становится поспешным, прозаичным и начисто лишенным эмоций. Неудивительно, что это приводит к снижению остроты сексуального наслаждения и взаимному неудовлетворению.

Что следует знать при выборе вспомогательного метода репродукции

Пациентам, собирающимся подвергнуться той или иной медицинской процедуре, следует предварительно выяснить, в какой мере эта процедура им подходит; насколько квалифицирован и опытен персонал данной клиники; каких это потребует материальных затрат и сколько займет времени; и, что вероятно важнее всего, какова вероятность успеха. Выяснение этих вопросов приобретает особенно большое значение, когда речь идет о таких методически сложных программах, как экстракорпоральное оплодотворение или перенос гамет в маточную трубу. Если вам не удастся получить ясные ответы на эти вопросы или же если, обсуждая их с врачом или руководителем программы, вы почувствуете, что их раздражает ваша пытливость, обычно разумнее поискать другой медицинский центр.

1. Когда была разработана данная программа?

2. Когда была проведена первая процедура экстракорпорального оплодотворения или переноса гамет в вашей клинике?

3. Сколько родилось младенцев в результате применения указанных процедур в этом центре? Сколько таких детей родилось за последние два года?

4. Какова частота возникновения беременности на одну процедуру экстракорпорального оплодотворения или переноса гамет в данной клинике? Какова эта частота для супружеских пар вашего возраста с аналогичными проблемами?

5. Предусмотрена ли в данной клинике процедура замораживания яйцеклеток или зародышей? Если да, то какова их судьба после того, как у вас родится ребенок?

6. Предполагается ли в вашем случае использование донорских яйцеклеток? Если да, то кто выбирает донора?

7. Заносятся ли результаты в специальный Регистр?

8. Есть ли среди врачей клиники дипломированные специалисты по репродуктивной эндокринологии?

9. Какова стоимость всей процедуры (одного цикла), включая стоимость лекарств?

10. Следует ли вносить какую-то часть платы заранее? (Если да, то сколько?)

11. Существуют ли возрастные ограничения для пациентов?

Выводы

1. Зачатие происходит при встрече сперматозоида и яйцеклетки в маточной трубе. В результате их слияния образуется одна оплодотворенная клетка, называемая зиготой; она содержит 46 хромосом, в том числе две половые хромосомы (XY - у мужчин, XX - у женщин). Зигота делится, образуя бластоцисту, которая имплантируется в стенку матки.

2. Развивающийся плод целиком зависит от плаценты, через которую происходит поступление питательных веществ из организма матери и удаление конечных продуктов обмена. Он защищен двумя плодными оболочками (амнион и хорион) и амниотической жидкостью. В первом триместре формируются все главные органы; во втором и третьем триместрах эти органы созревают и плод значительно вырастает.

3. Ранними признаками беременности служат отсутствие менструаций, тошнота, болезненность молочных желез и утомляемость. Тесты на беременность, точность которых достигает 95 - 98%, основаны на обнаружении в моче хорионического гонадотропина. Эмоциональные реакции на беременность значительно варьируют у разных людей, и даже желанная беременность может оказаться источником неуверенности или беспокойства.

4. Второй триместр - время заметных физических изменений у беременной женщины: матка увеличивается, в результате чего живот начинает выступать вперед; женщина оживляется. Для этого периода характерны эмоциональное успокоение и повышенный интерес к сексу.

5. В третьем триместре начинает проявляться физический дискомфорт, поскольку брюшную полость занимает растущий "постоялец", который все время шевелится и ворочается. Обычны боли в спине, судороги в ногах, одышка и частое мочеиспускание.

6. Для здоровья как матери, так и ребенка важно соблюдать соответствующий дородовый режим. Это означает регулярные медицинские осмотры, правильное питание, отказ от необязательных лекарственных препаратов и незамедлительное лечение таких осложнений беременности, как токсикоз. Посещение групп психопрофилактической подготовки беременных и чтение соответствующей литературы может помочь будущим родителям представить себе, что их ждет впереди.

7. Сексуальная активность во время беременности обычно не сопряжена с трудностями или риском. В одном исследовании показано, что сексуальная активность может снизить частоту преждевременных родов, однако эти данные у многих специалистов вызывают возражения.

8. Процесс родов делится на три периода. В течение первого периода (самого длительного) в результате регулярных сокращений матки (схваток) шейка матки сглаживается и раскрывается. Второй период (период изгнания плода): ребенок проходит через родовой канал и появляется на свет; третий период заключается в рождении плаценты и плодных оболочек.

9. Роды могут происходить по-разному: в больнице или дома, спонтанно или с применением стимуляции, это могут быть естественные роды или роды по методу Ламаза. Ни при одном из этих вариантов нельзя гарантировать "безболезненность" родов. В

некоторых случаях приходится прибегать к кесаресу сечению, чтобы сохранить здоровье матери или ребенка.

10. Для послеродового периода характерно резкое снижение уровня гормонов; это время приспособления к новому состоянию. Часто наблюдается послеродовая депрессия, но она обычно бывает временной; привыкание к новой роли - роли родителей - занимает несколько больше времени. Принято считать, что раннее установление связи между родителями и ребенком имеет особое значение для ребенка.

11. Лактация начинается в результате воздействия гормонов на молочные железы. Кормление грудью приносит женщине психологическое удовлетворение, а также оказывает благотворное влияние на здоровье новорожденного ребенка. Однако искусственное вскармливание имеет свои преимущества: оно удобнее и предоставляет матери большую свободу.

12. В главе кратко описаны такие осложнения беременности, как преждевременные роды, токсикоз, врожденные дефекты, эктопическая имплантация и резус-несовместимость.

13. Примерно одна из семи супружеских пар бесплодна; в большинстве случаев бесплодие у женщины обусловлено нарушением овуляции и непроходимостью маточных труб, а у мужчины - низким числом сперматозоидов. Овуляцию довольно часто удается индуцировать медикаментозными средствами; методы лечения, применяемые в настоящее время при двух видах бесплодия, менее эффективны. В случаях низкого числа сперматозоидов у мужа можно прибегнуть к оплодотворению донорской спермой; в настоящее время все шире используются методы ЭКО (в том числе использование донорских яйцеклеток и замороженных зародышей), применяемые в тех случаях, когда бесплодие у женщин вызвано непроходимостью маточных труб; в некоторых ситуациях прибегают к услугам суррогатных матерей.

Вопросы для размышления

1. Следует ли преследовать по закону женщину, обвиняя ее в жестокости по отношению к ребенку, если она в период беременности принимала запрещенные лекарственные препараты? А если она употребляла спиртные напитки? Курила сигареты?

2. Правильно ли называть эмбрион "неродившимся младенцем"? Или "неродившимся ребенком"? "Неродившимся подростком"? "Неродившимся полноправным взрослым гражданином"? Где бы вы провели границу и почему?

3. Как изменилось бы наше общество, если бы родители могли выбирать пол своих детей? Стало бы большинство родителей делать это? С помощью ультразвука можно определить пол плода. Хочет ли большинство родителей знать его? Стали бы вы сами узнавать это?

4. Как меняются взаимоотношения супругов с рождением первого ребенка? Переходят ли они из состояния "любовников" в состояние "родителей"? Как следует на это реагировать? Надо ли что-то предпринимать?

5. В чем причина угнетенного состояния, часто испытываемого женщиной после рождения ребенка - так называемой родовой депрессии? Считаете ли вы, что природа этого явления чисто физиологическая или же депрессия вызвана увеличением нагрузки, связанной с рождением ребенка? Как могут члены семьи и друзья помочь новоиспеченным родителям?

6. Поскольку и амниоцентез, и биопсия ворсинок хориона - дорогостоящие процедуры, сопряженные с известным риском, следует ли женщинам, которые не допускают мысли об аборте, проделывать эти тесты? Если женщина считает аборт невозможным с моральной точки зрения, то для чего ей подвергать себя тестированию, пытаясь установить, нет ли у ее плода какого-либо врожденного дефекта?

Глава 6. Предупреждение беременности и аборт

Без применения противозачаточных средств 80-90% женщин с нормальной фертильностью забеременели бы в течение первого года половой жизни (Ross, 1989).

Многие молодые американки пользуются противозачаточными таблетками, однако среди тех, кому за 30, они значительно менее популярны, а женщины старше 35 лет практически не прибегают к ним (Potts, 1988; Kaeser, 1989).

Несмотря на то, что за последнее десятилетие популярность презервативов значительно возросла (поскольку они в известной мере предохраняют от болезней, передающихся половым путем, в частности от СПИДа), многие даже образованные люди не имеют элементарных представлений о том, как ими правильно пользоваться (Richwald et al, 1988; Pugh, 1989; Vaeller, 1989).

По данным исследования, проведенного в масштабах всей страны, спермициды гораздо менее надежны, чем многие другие противозачаточные средства (Jones, Forrest, 1989).

Неверующие женщины прибегают к абортам чаще, чем религиозные; среди последних католички не отличаются по частоте абортов от неверующих американок, тогда как частота абортов среди протестантов и представительниц иудейского вероисповедания ниже (Henshaw, Silverman, 1988).

Многие люди либо не прибегают к противозачаточным средствам, либо применяют их неправильно, либо используют такие средства лишь эпизодически. Те, кто полагаются в этом вопросе на удачу, играют в довольно рискованную игру, в чем многие из них и убеждаются к собственному удивлению. Другие полагаются на такие ненадежные средства, как спринцевание, использование пленки для продуктов или тампонов. Вопреки распространенному мнению оргазм у женщины вовсе не обязателен для того, чтобы произошло зачатие, а проведение полового акта стоя со скрещенными пальцами никак не помешает сперматозоиду добраться до яйцеклетки.

Еще не так давно во многих штатах реклама и продажа противозачаточных средств запрещались, аборты были незаконны, а способы предохранения от беременности - ненадежны. Поворотным пунктом послужил процесс семьи Гринсуолд против штата Коннектикут, после которого в 1965 г. был снят запрет на продажу противозачаточных средств. Времена заметно изменились, и теперь в распоряжении граждан оказалось множество различных противозачаточных средств, каждый из которых имеет свои достоинства и недостатки (табл. 6.1). Пытаясь сделать осознанный выбор, люди задаются множеством вопросов: для чего вообще надо применять противозачаточные средства? На чем основано действие того или другого метода? Насколько он эффективен? Каков риск для здоровья? Какое действие данный способ может оказать на мою сексуальность? Что можно сделать, если я уже забеременела? На последующих страницах мы попытаемся рассмотреть некоторые из упомянутых проблем и описать имеющиеся в настоящее время способы регуляции рождаемости.

Таблица 6.1

Методы предупреждения беременности, используемые современными американками в сексуально активном возрасте (от 18 до 44 лет)

Метод контрацепции	Применение, %
Стерилизация женщины	22
Стерилизация мужчин	16
Противозачаточные таблетки (оральные контрацептивы)	32
Презервативы	16
Внутриматочные средства (ВМС)	3
Диафрагмы	4
Пенообразующие средства (пены)	1
Кремы	0,5
Суппозиторий	1
Тампоны	3
Физиологический метод	5
Прерванный половой акт	5
Спринцевание	1
Без противозачаточных средств	7

В эту группу не входят беременные; женщины, стремящиеся забеременеть; а также женщины, пережившие гистерэктомию или бесплодие. С изменениями по Forrest, Fordyce, 1988.

Для чего надо применять противозачаточные средства?

Тактика регуляции рождаемости, применяемая индивидуумом или данной парой, зависит от возраста людей, их планов на будущее, от того, состоят ли они в браке или просто встречаются, от финансового положения, религиозных убеждений, отношения к сексу, состояния здоровья и предшествующего опыта. Решение в этом вопросе каждый принимает сам.

Главная цель применения противозачаточных средств - предупреждение нежелательной беременности. Нежелательная беременность может вызвать не только отрицательные эмоции, она может быть опасной для здоровья и поставить в серьезное финансовое положение. Именно такая ситуация характерна для подростков и женщин старше 35 лет; в эти периоды жизни беременность сопряжена с наиболее высоким риском для здоровья и часто нежелательна по социальным и экономическим причинам. Из 1,2 млн. девочек-подростков, ежегодно беременеющих в США, более 400 000 делают аборты (Henshaw, O'Reilly, 1983). Многие бросают школу и заключают поспешные браки, часто кончающиеся разводом; вероятность получить хорошую работу для матери-одиночки

очень мала и в конечном итоге такие женщины оказываются вынужденными жить на пособие (Furstenberg, 1983). Девушки, решившиеся растить ребенка в одиночку или с помощью родных, нередко убеждаются в том, что это труднее, чем им представлялось. В любом возрасте неожиданная беременность может нарушить планы, связанные с карьерой, а прерывание беременности или выращивание ребенка сопряжено со значительными затратами. Нельзя забывать и об эмоциональном аспекте нежелательной беременности. Досада на собственное безрассудство, чувство вины, раздражения или беспомощности могут создать напряженность или даже разрушить прежние отношения между партнерами или создать в дальнейшем сексуальные проблемы.

Разумеется, существуют и другие причины для применения противозачаточных средств, в том числе желание рожать детей через определенные промежутки времени, ограничить размеры семьи, избежать возможных генетических заболеваний или врожденных дефектов, добиться определенного положения в обществе и т.д. Кроме того, противозачаточные средства позволяют людям получать сексуальное наслаждение, не думая о нежелательных последствиях полового акта.

В мире ограниченных природных ресурсов, в котором перенаселенность оказывает влияние на политику и психологию людей, а проблемы окружающей среды вызывают очень серьезное беспокойство в обществе, ограничение рождаемости имеет, помимо всего прочего, важные социальные и философские аспекты.

И, наконец, сегодня люди предпочитают пользоваться презервативами и спермицидами по причинам, не имеющим никакого отношения к регуляции рождаемости. Дело в том, что эти противозачаточные средства до некоторой степени предохраняют от заражения многими болезнями, передающимися половым путем, в том числе от ВИЧ - вируса, вызывающего СПИД.

Оценка эффективности и безопасности разных методов контрацепции

Решение об использовании того или иного метода контрацепции зависит главным образом от двух факторов: от того, насколько хорошо этот метод действует (от его эффективности) и от того, не наносит ли его применение вред здоровью (от его безопасности) (Выбор того или иного метода зависит еще и от того, насколько он дорог, эстетичен и удобен.). Оценить каждый метод по этим двум параметрам достаточно сложно. Ни одно противозачаточное средство не может быть во всех отношениях самым хорошим или самым безопасным.

При оценке эффективности и безопасности следует помнить, что информация, исходящая из различных источников, может быть необъективной. Например, средства массовой информации охотно сообщают о действительной или предполагаемой опасности применения какого-либо противозачаточного средства. Но при этом сведения излагаются в нескольких строках в газете или втискиваются в менее чем 60 с эфирного времени теле- или радиопередачи. Научная точность нередко утрачивается вследствие чрезмерного упрощения, неверного истолкования и необоснованных выводов. Вдобавок следует упомянуть, что большая часть исследований, касающихся эффективности и безопасности противозачаточных средств, финансируется фармацевтическими компаниями, которые их выпускают. Совершенно очевидно, что эти компании стремятся представлять свою продукцию наилучшим образом, чтобы повысить на нее спрос. Наконец, не все научные исследования касаются лично вас. Ваше внимание должны привлечь лишь те из них, в

которых речь идет о людях вашего возраста, близких вам по культуре и социально-экономическому статусу. Например, 22-летняя незамужняя американка вряд ли должна интересоваться данными, полученными в результате обследования 35-летних замужних женщин Китая.

Следует также представлять себе различные аспекты эффективности. Во-первых, важно различать теоретическую и фактическую эффективность. Теоретическая эффективность отражает возможность данного метода при абсолютно правильном и последовательном его применении, без ошибок или небрежности со стороны использующего данное средство человека. А фактическая эффективность - это то, с чем мы имеем дело в реальной жизни, когда непоследовательное или неправильное применение ("ошибки пользователя") накладываются на несовершенство самого метода ("ошибки метода"). Если, например, у какой-нибудь пары, отправившейся на природу на целую неделю, кончились презервативы, но половые сношения тем не менее продолжаются, то возникшую в результате беременность нельзя относить на счет несовершенства метода. Но если женщина забеременела, несмотря на то, что при каждом сношении она применяла, например, противозачаточную пенообразующую пасту в точном соответствии с инструкциями, то ее беременность расценивается как ошибка метода.

Во-вторых, установлено, что эффективность большинства противозачаточных средств тем выше, чем дольше данный индивидуум применяет данное средство. Иными словами, по мере накопления опыта фактическая частота неудач снижается и приближается к их теоретической частоте. (Фактическая эффективность большинства наиболее популярных противозачаточных средств в первый год применения представлена в табл. 6.2.)

Таблица 6.2

Типичная частота неудач в первый год применения различных методов контрацепции1 (по Jones, Forrest, 1989, с изменениями)

Оральные контрацептивы	5,6%
Физиологический метод	19,1%
Презервативы	15,7%
Спермициды	30,0%
Диафрагма	18,3%
ВМС	6,0%

Эти данные стандартизованы по возрасту, расовой принадлежности и семейному положению женщин; в них внесена поправка, учитывающая возможность случаев сокрытия абортов.

В-третьих, эффективность почти любого нехирургического метода контрацепции варьирует в зависимости от того, применяет ли его данная пара для предупреждения беременности или для ее отсрочки. Во втором случае частота неудач обычно на 50-100% выше, поскольку при этом, по всей вероятности, метод применяется менее последовательно (Ryder, 1973).

Оценка надежности противозачаточных средств сопряжена и с другими трудностями. Во-первых, данные разных исследователей о частоте побочных эффектов нередко сильно расходятся. Их результаты зависят от выбора контрольных групп, характеристики изучаемых популяций (возраст, состояние здоровья, социально-экономическое положение), а также от использованных методов (анкеты для самостоятельного заполнения, личные интервью, лабораторное тестирование). Во-вторых, проблема надежности в известной мере относительна: насколько важно избежать беременности? Представляются ли побочные эффекты данного противозачаточного средства более серьезными, чем риск беременности и родов, или же они менее важны? В какой мере риск, связанный с применением данного метода контрацепции, сопоставим с другими угрозами здоровью (например, возможности злокачественного новообразования или гипертонии) или опасностями, подстерегающими нас в повседневной жизни? Этих вопросов мы коснемся подробнее при рассмотрении надежности и побочных воздействий каждого отдельного противозачаточного средства.

Методы предупреждения беременности

Гормональные контрацептивы (противозачаточные таблетки)







Противозачаточные таблетки, появившиеся в 1960 г., произвели переворот в практике предупреждения беременности во всем мире. Миллионы женщин восторженно приняли этот удобный и эффективный способ предупреждения беременности, однако не прошло и 10 лет, как стали появляться сообщения о серьезных побочных действиях этих таблеток, и их популярность значительно снизилась. Что же нам известно об этих таблетках теперь после более чем 30-летних наблюдений?

В настоящее время применяют оральные контрацептивы двух типов: комбинированные препараты, содержащие синтетический эстраген и эстрогеноподобное синтетическое вещество, называемое прогестогеном, и минитаблетки, состоящие из небольшой дозы прогестогена. Здесь мы будем говорить о комбинированных препаратах (если нет специальных оговорок), поскольку они используются чаще всего.

Наиболее популярны в настоящее время (85% всех оральных контрацептивов, используемых в Европе и Америке) комбинированные препараты с низким содержанием эстрогена. Эстрогена в них примерно в 4 раза, а прогестагена в 10 раз меньше, чем в прежних противозачаточных таблетках. Благодаря низкому содержанию гормонов они вызывают меньше неприятных побочных эффектов; кроме того, считается, что вероятность возникновения серьезных осложнений при их приеме ниже, чем при использовании более ранних таблеток с высоким содержанием гормонов (Wharton, Blackburn, 1988; Mishell, 1989).

У некоторых комбинированных препаратов с низким содержанием эстрогена доза гормонов во всех таблетках упаковки одинаковая; у других препаратов (их называют многофазными) содержание гормонов в таблетках варьирует, так что в разные фазы менструального цикла следует принимать различные таблетки. Например в двухфазных препаратах содержание прогестагена в пилюлях, принимаемых в середине цикла, вдвое выше, чем в остальных; трехфазные таблетки делятся на три группы, различающиеся по

содержанию гормонов. Женщины, использующие многофазные оральные контрацептивы, должны помнить, что нарушение последовательности приема таблеток может значительно понизить их эффективность.



Противозачаточные таблетки выпускаются разными фирмами и в разных упаковках; в каждой упаковке имеется вкладыш с описанием способа применения и возможных побочных действий.

На чем основано действие оральных контрацептивов

Оральные контрацептивы препятствуют зачатию, блокируя нормальный цикл секреции гипофизом фолликулостимулирующего (ФСГ) и лютеинизирующего (ЛСГ) гормонов и предотвращая тем самым овуляцию (рис. 6.1). Имеющийся в таблетках про-гестоген затрудняет имплантацию, подавляя развитие слизистой матки; кроме того, он вызывает сгущение слизи, содержащейся в шейке, что затрудняет продвижение сперматозоидов.

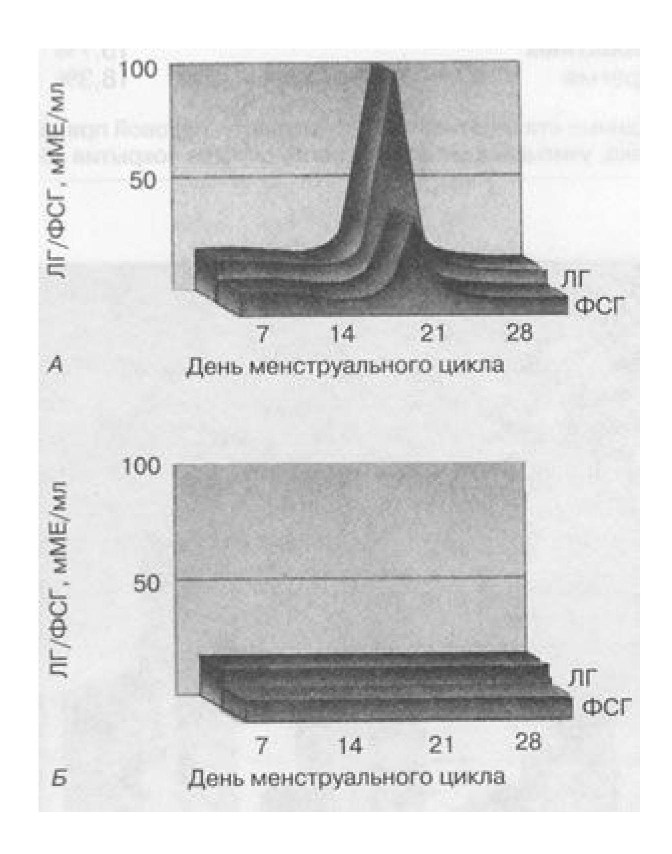


Рис. 6.1

Изменения уровня сывороточного гонадотропина в течение менструального цикла

А. Женщины, не принимающие оральных контрацептивов.

Б. Женщины, принимающие комбинированные таблетки.

Применение и эффективность

Оральные контрацептивы принимают по одной таблетке в течение 21 дня, начиная с 5-го дня менструального цикла (т.е. спустя 4 дня после начала менструации). Некоторые фирмы помещают в упаковку 7 нейтральных не содержащих гормон таблеток (обычно другого цвета), которые женщина продолжает ежедневно принимать, чтобы завершить цикл; если таких "пустых" таблеток в упаковке данного препарата нет, женщина должна помнить, что через неделю ей следует вновь начать прием контрацептива. Мультифазные таблетки различаются по цвету и содержанию гормонов.

Если в какой-то день женщина забыла принять таблетку, то на следующий день ей надо принять две сразу. Если она пропустила два дня, то как только она вспомнит об этом, необходимо принять две таблетки и еще две на следующий день, после чего продолжать принимать ежедневно по одной таблетке. Поскольку велика вероятность, что при указанных обстоятельствах действие таблеток будет нарушено и женщина окажется "незащищенной", в этом цикле ей следует прибегать к каким-нибудь дополнительным мерам. Если прием таблеток был нарушен более двух раз подряд или трижды на протяжении одного цикла, женщине следует совсем прекратить прием таблеток и до конца данного цикла применять какой-либо другой метод контрацепции. Она может вновь перейти на таблетки в начале следующего менструального цикла. В случае задержки

менструации необходимо продолжать пользоваться выбранным ею другим методом и, прежде чем вновь перейти на таблетки, пройти тест на беременность.

Противозачаточные таблетки - наиболее эффективный нехирургический метод предупреждения беременности. При регулярном приеме оральных контрацептивов частота беременностей составляет 1 на 200 женщин в год. Типичная частота неудач с учетом тех женщин, которые иногда забывают принимать таблетки, несколько выше 3-6%.

Минитаблетки (их следует принимать ежедневно, даже во время менструации) менее эффективны, чем комбинированные препараты. При очень аккуратном приеме частота неудач составляет 1-2% в год. Фактически, с учетом пропусков в приеме среди 100 женщин, принимающих мини-таблетки в течение года, шанс забеременеть имеют 5-10.

Побочные действия и безопасность

Противозачаточными таблетками в настоящее время пользуются свыше 180 млн. женщин по всему миру и именно эти препараты изучают более интенсивно, чем какие-либо другие. Несмотря на регулярно появляющиеся в печати панические статьи, имеющиеся на сегодняшний день данные свидетельствуют о том, что оральные контрацептивы приносят здоровью многих женщин больше пользы, чем вреда. Нет, например, убедительных доказательств того, что противозачаточные таблетки служат причиной раковых заболеваний (Drill, 1975; Lipsett, 1977; Rinehart, Piotrow, 1979; Kols et al., 1982); напротив, есть свидетельства, что они снижают частоту рака яичников (Newhouse et al., 1977; Centers for Disease Control, 1983) и слизистой матки (Weiss, Sayvetz, 1980; Kaufman et al., 1980; Centers for Disease Control, 19833)1. Кроме того, у женщин, принимающих противозачаточные таблетки, вероятность развития доброкачественных (нераковых) опухолей молочной железы в 4 раза ниже, чем у тех, кто не пользуется этими таблетками; вероятность развития кист яичников ниже в 14 раз, вдвое ниже вероятность ревматического артрита и на две трети - вероятность железодефицитной анемии (Org, Rosenfeld, Landman, 1980).

Необходимо сделать два замечания:

1) первые противозачаточные таблетки с высоким содержанием эстрогена действительно были запрещены, так как оказалось, что они вызывают рак матки;

2) поскольку некоторые типы злокачественных новообразований развиваются в течение нескольких десятков лет, нельзя утверждать, что комбинированные препараты неканцерогенны. Однако благодаря этим таблеткам в настоящее время ежегодно предотвращается свыше 2000 случаев заболевания раком эндометрия (Centers for Disease Control, 1983a).

Описаны и другие благоприятные воздействия оральных контрацептивов. Многие женщины считают, что эти таблетки уменьшают кровопотерю при менструациях, делают их более регулярными и менее болезненными (Mishell, 1989). Иногда прием противозачаточных таблеток способствует исчезновению угрей (хотя в некоторых случаях угревая сыпь усиливается) и ослабляет предменструальные симптомы; показано, что воспаление тазовых органов - одна из серьезных причин бесплодия - среди женщин, принимающих таблетки, встречается вдвое ниже, чем среди тех, кто ими не пользуется (Wharton, Blackburn, 1988). Кроме того, есть основания полагать, что оральные контрацептивы способствуют повышению плотности костей, предупреждая тем самым

истончение костной ткани (остеопороз), развивающееся у многих женщин после менопаузы (Mishell, 1989).

Среди неприятных побочных эффектов, вызываемых таблетками, чаще всего отмечают тошноту, запор, болезненность молочных желез, небольшое повышение артериального давления, отеки и кожные высыпания (в том числе коричневые пятна на лице - хлоазмы). Возможны и другие побочные эффекты: прибавление или потеря веса, усиление выделений из влагалища и восприимчивости к влагалищным инфекциям.

К менее распространенным, но более неприятным последствиям приема оральных контрацептивов относятся стойкая гипертензия, диабет, мигрени и - в редких случаях - желтуха или опухоли печени (Mishell, 1989). Прием таблеток во время беременности может привести к врожденным дефектам у ребенка (Nora, Nora, 1978; Kasan, Andrews, 1980).

Самый серьезный риск, которому подвергаются женщины, принимающие противозачаточные таблетки, это риск нарушений в системе кровообращения. Возможны нарушения трех типов. Наиболее распространенное - образование тромбов в венах (обычно на ногах), которое в типичных случаях вызывает воспаление и отеки. Отрыв тромба и проникновение его с током крови в легкие или мозг грозит самыми серьезными последствиями вплоть до летального исхода. В 60-70 гг. частота этой патологии (примерно 1 на 100) у женщин, принимающих таблетки, в 2-4 раза превышала аналогичный показатель у женщин, не использующих оральные контрацептивы. Доза эстрогена в современных таблетках значительно ниже и эти проблемы возникают реже (Wharton, Blackburn, 1988). Такая же закономерность (понижение содержания эстрогена = понижение частоты заболевания) прослеживается и в отношении двух других форм расстройств кровообращения - инсультов и инфарктов. В ранних исследованиях было установлено, что оральные контрацептивы повышают вероятность инфаркта у курящих женщин и/или у женщин старше 35 лет (Mann, Inman, 1975; Jick et al., 1978; Rosenberg et al., 1980). Повышение частоты инсультов (кровоизлияние в мозг или закупорка мозговых сосудов) также регистрировалось многими авторами.

На основании этих ранних данных женщинам старше 35 лет обычно не рекомендовалось пользоваться противозачаточными таблетками. В более поздних исследованиях было установлено, что прием комбинированных препаратов с низким содержанием эстрогена не повышает риск серьезных сердечно-сосудистых заболеваний у здоровых некурящих женщин моложе 45 лет. (Mann et al., 1987; Mishell, 1989; Upton, 1990).

На протяжении нескольких десятилетий постоянно высказывались опасения, что таблетки могут повысить вероятность рака молочной железы, поскольку публикуемые время от времени данные были достаточно противоречивы и оставляли эту проблему открытой (Vessey, 1987; Johnson, 1989). Большинство авторов не выявили связи между противозачаточными таблетками и раком. Например, в одном недавнем исследовании не было обнаружено повышения частоты рака молочной железы у женщин, принимавших в течение многих лет противозачаточные таблетки, хотя в их семейном анамнезе фигурировала эта болезнь (Murray et al., 1989). Авторы другого исследования, проводившегося в течение 10 лет на 118 273 медицинских сестрах, пришли к заключению, что "широкое использование пероральных противозачаточных средств не сопровождается существенным повышением риска возникновения рака молочной железы (Romieu et al., 1989). Однако результаты некоторых других работ противоречат этому выводу (Kay, Hannaford, 1988; Miller et al., 1989).

В 1989 г. Управление по контролю за качеством пищевых продуктов, медикаментов и косметических средств сформировало комиссию, которая должна была изучать все имеющиеся данные; комиссия пришла к выводу, что нет оснований вносить какие-либо изменения в практику применения противозачаточных таблеток или в указанные на вкладышах противопоказания (The New York Times, 6 января 1989). Комиссия отметила, что результаты немногочисленных исследований, указывающие на повышение вероятности рака молочной железы у женщин, принимающих оральные контрацептивы, не согласуются между собой, а сами исследования грешат множеством методических ошибок. (Исчерпывающее рассмотрение этих вопросов см. Wharton, Blackburn, 1988; Johnson, 1989.) Тем не менее, поскольку данных по отдаленным последствиям (спустя 20 лет и более) приема противозачаточных таблеток проведено не было, окончательных выводов об их влиянии на возникновение рака молочной железы делать пока нельзя. Из чисто практических соображений мы рекомендуем женщинам, матери или сестры которых страдали этим заболеванием, не пользоваться оральными контрацептивами, пока не будут получены более определенные данные.

В заключение следует сказать несколько слов о безопасности пероральных противозачаточных средств. Безопасность - это не просто показатель, вычисляемый по определенной формуле. Например, женщину, имеющую частые половые сношения, таблетка в большей степени предохраняет от беременности, чем ту, у которой они редки. Хотя другие противозачаточные средства могут казаться "более безопасными", женщина часто предпочитает пойти на некоторый риск в отношении своего здоровья, чтобы обезопасить себя от нежелательной беременности. Другой пример относится к женщинам развивающихся стран, где риск умереть в период беременности и при родах гораздо выше, чем в странах с развитой системой здравоохранения. В такой ситуации, пользуясь оральными контрацептивами, даже с учетом всех побочных воздействий, женщина подвергает себя гораздо меньшему риску, чем вовсе не предохраняясь от беременности. Безопасность противозачаточных таблеток следует также рассматривать на фоне всех опасностей, которым человек подвергается каждодневно (автомобильные катастрофы или спортивные травмы). Среди 46 000 некурящих женщин моложе 35 лет, принимавших оральные контрацептивы в течение года, была зарегистрирована лишь одна смерть, причиной которой можно было считать таблетки (Royal College, 1977). Для сравнения: по данным статистики в такой же группе за такой же период времени в автомобильных катастрофах погибает 9 женщин. Подобную точку зрения подтверждают и результаты самого масштабного из проведенных в США исследований по перспективам на будущее для женщин, принимающих противозачаточные таблетки; они показали, что в общем и целом риск при этом минимален (Ramcharan, 1981). С учетом того обстоятельства, что в настоящее время широко распространены таблетки с низким содержанием эстрогена, вполне допустимо утверждение, что оральные контрацептивы значительно безопаснее, чем они были когда-либо прежде (Wharton, Blackburn, 1988; Mishell, 1989). Однако пользующиеся ими женщины должны помнить, что эти таблетки не защищают от ВИЧ - вируса, вызывающего СПИД.

Воздействие противозачаточных таблеток на сексуальность

Оценить действие, оказываемое таблетками на сексуальность, непросто. В прежних исследованиях обычно указывалось, что длительное применение таблеток отрицательно сказывается на ощущениях женщины (Masters, Johnsonm 1970; Herzberg et al., 1976). Влияние на сексуальность современных препаратов с низким содержанием эстрогена пока не проводилось.

Существует немало чисто индивидуальных причин, по которым сексуальные чувства женщины могут усиливаться или ослабляться под действием таблеток. Некоторые из них имеют биологическую основу: у женщины с инфекционными заболеваниями влагалища прием таблеток может провоцировать вспышки и создавать сексуальные проблемы, а у женщины, подверженной схваткообразным болям перед менструацией и во время нее, хорошее самочувствие на фоне приема таблеток, напротив, может повысить сексуальную возбудимость и реактивность. Есть и психологические причины. Женщина, заранее ожидающая каких-то побочных воздействий таблеток на сексуальность, сама способствует их возникновению. Некоторые, особенно религиозные женщины, применяя оральные контрацептивы, испытывают чувство вины; другие разрываются между желанием иметь детей и необходимостью по каким-то причинам использовать таблетки. Довольно часто прием высоко эффективного орального контрацептива успокаивает, уменьшает страх перед беременностью и в результате может увеличить интерес к половому акту и получаемое от него удовольствие (ведь трудно наслаждаться чем бы то ни было, если вами владеет страх). Одна женщина сообщила нам: "После перехода на таблетки я стала получать больше удовольствия от секса. Менее чем через два месяца я впервые испытала оргазм во время полового акта" (из картотеки авторов). Кроме того, прием таблеток устраняет необходимость прерывать половой акт, усиливая ощущение непосредственности и близости, недостижимой при других способах контрацепции.

Большинство женщин, пользующихся в настоящее время оральными контрацептивами, не отмечают существенных изменений в своем интересе к сексу, поведении или получаемом удовольствии. Примерно 10% считают, что таблетки повышают сексуальную возбудимость, но почти такой же процент женщин отмечают снижение интереса к сексу и своей реактивности.

Благотворные воздействия противозачаточных таблеток

Снижение вероятности рака яичников

Снижение вероятности рака эндометрия

Снижение вероятности доброкачественных опухолей молочной железы

Снижение вероятности кист яичников

Снижение вероятности воспалений тазовых органов

Снижение вероятности ревматического артрита

Снижение вероятности железодефицитной анемии

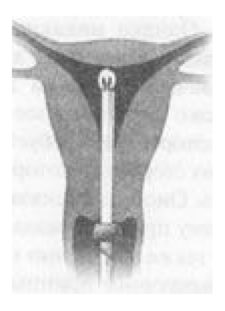
Снижение вероятности внематочной беременности

Повышение плотности костной ткани позвоночника

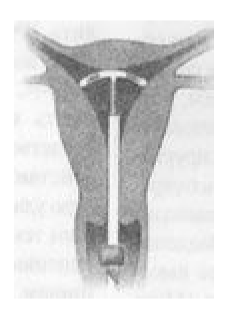
Устранение предменструальных симптомов

Внутриматочные противозачаточные средства

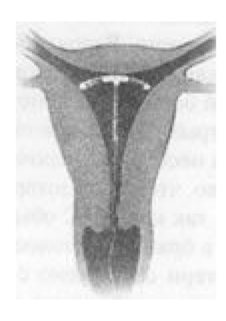
Внутриматочное противозачаточное средство, или ВМС, это небольшое пластмассовое приспособление, которое через влагалище вводят в полость матки. К началу 1990-х гг. в США в продаже осталось только два вида ВМС: один (Progestasert), выделяющий прогестерон, и другой (Copper T380A), содержащий медь (рис. 6.2).



Аппликатор, содержащий ВМС, вводится в матку



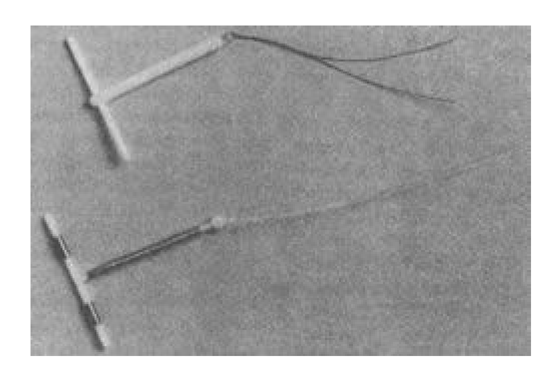
ВМС размещается в полости матки



Аппликатор удаляется

РИС. 6.2

Процедура введения ВМС



ВМС типа Progestasert и Paraguard, используемые в настоящее время в США.

В середине 1980-х гг. главные производители ВМС ушли с рынка США, поскольку им было предъявлено много судебных исков по поводу инфекций верхних отделов женских половых путей, в частности инфекции маточных труб, известной как сальпингит, которая особенно опасна, так как повышает вероятность внематочной беременности, может привести к необратимому бесплодию или вызвать образование абсцессов, требующих хирургического вмешательства (Mishell, 1985). Первые ВМС теперь заменены значительно более надежными, однако популярность этих средств в США стала гораздо ниже, чем 10 лет назад.

Хотя ВМС начали использовать в США лишь в последние 25 лет, их можно рассматривать как современное воплощение очень старой идеи. На протяжении многих веков арабские и турецкие погонщики верблюдов, зная, что в длительных переходах по пустыне от беременного животного мало проку, вводили в матку верблюда с контрацептивными целями гладкие камни.

Первое ВМС для женщин представляло собой кольцо, сделанное из кишки шелковичного червя; оно появилось в 1909 г., но не привлекло к себе внимания. В конце 1920-х гг. приобрело некоторую популярность кольцо, созданное немецким врачом Графенбергом; оно было сделано из кишки козы и серебряной проволоки. Однако эти первые модели ВМС не имели успеха, так как довольно часто их применение приводило к возникновению сальпингита.

К 1978 г. примерно 6% замужних женщин США, находившихся в репродуктивном возрасте, использовали ВМС, в скандинавских странах их применяли 20%, а в Китае - почти 50% женщин (Piotrow, Rmchart, Schmidt, 1979). По всему миру общее число женщин, применяющих ВМС, достигает 60 млн.

Принцип действия ВМС

Как именно ВМС оказывают свое действие - неизвестно. Прежде считали, что они препятствуют имплантации оплодотворенной яйцеклетки, вызывая локальную воспалительную реакцию. Теперь же полагают, что ВМС, кроме того, блокируют сперматозоид, не давая ему возможности оплодотворять яйцеклетку (Alvarez et al., 1988; Treiman, Liskin, 1988; Mishell, 1990). Полагают, что сперми-цидное действие оказывают лейкоциты в месте локального воспаления, поглощающие или повреждающие сперматозоид, прежде чем он доходит до яйцеклетки. Кроме того, ВМС, содержащие прогестерон, нарушают развитие эндометрия, делая имплантацию маловероятной.

Применение и эффективность

ВМС следует вводить в матку (рис. 6.2) лишь после того, как будет установлено, что женщина не беременна и что у нее нет хламидиоза, гонореи или других инфекций мочеполовых органов, поскольку эта процедура может вызвать выкидыш, а также способствовать продвижению патогенных бактерий в матку и маточные трубы. Обычно врач или медицинская сестра вводят ВМС после менструации, поскольку последняя служит вполне надежным признаком отсутствия беременности; однако делать это можно и в другое время.

Неприятные ощущения, которые сопровождают введение ВМС, обычно кратковременны, но некоторые женщины предпочитают использовать при установке спирали анальгетики короткого действия. Прием 2-3 таблеток аспирина примерно за час до этой процедуры до

некоторой степени снимает схваткообразную боль, поскольку аспирин понижает секрецию простагландинов. Женщине необходимо показать, как с помощью синтетической нити, свешивающейся из зева шейки, она может убедиться, что ВМС находится на месте. Если нить не обнаруживается или становится как бы длиннее, необходимо обратиться к врачу, потому что в результате сокращений матки ВМС может сдвинуться вниз и частично или полностью выпасть из матки. Выпадение ВМС, содержащих медь или прогестерон, происходит примерно у 7 из 100 женщин в год, причем в большинстве случаев в первые три месяца после введения (Treiman, Liskin, 1988; Cole, 1989). Несмотря на возможность выпадения (риск наиболее высок для молодых женщин и женщин, никогда не имевших детей), ВМС высоко эффективны. В целом ряде исследований установлено, что вероятность возникновения беременности среди женщин, использующих Copper T380A, ниже, чем 1 на 100 женщин в год, а среди использующих Progestasert - примерно 3 на 100 женщин в год (Cole, 1989). (Путем сопоставления данных об эффективности и числа абортов было установлено, что фактическая частота неудач в первый год применения составляет 6%, как это показано в табл. 6.2.) ВМС типа Progestasert следует через год заменять новым, так как к этому времени истощается доза заключенного в нем прогестерона; Copper T380A можно использовать непрерывно в течение четырех лет.

Побочные действия и безопасность

Самый серьезный риск, связанный с использованием ВМС, - прободение стенки матки в момент установки приспособления. Вероятность этого события оценивается как 1/1000. Прободение сопровождается внезапной болью и кровотечением, хотя в редких случаях острых симптомов не наблюдается. При прободении необходимо срочное хирургическое вмешательство, чтобы предотвратить повреждение кишечника, так как ВМС обычно выходит через стенку матки в брюшную полость. Введение ВМС кормящей матери сопряжено с более высоким (в 10 раз) риском прободения матки (Merz, 1983), так что в этот период следует пользоваться каким-либо другим противозачаточным методом.

Наиболее обычные побочные действия ВМС - усиление маточных кровотечений и схваткообразные боли. Менструации могут стать более обильными и длительными (но не у женщин, использующих ВМС с прогестероном, который понижает интенсивность кровотечения), а в промежутках между ними чаще наблюдается мазня. Увеличение кровопотерь может привести к анемии. Спазматические боли и кровотечения иногда настолько серьезны, что приходится извлекать ВМС (примерно 10% женщин считают это необходимым), однако обычно после первых трех месяцев эти явления ослабевают. Риск инфекций мочеполовых органов у женщин, применяющих ВМС, примерно в 4 раза выше, чем у других женщин. Этот риск не ограничивается моментом введения ВМС, но сохраняется до тех пор, пока ВМС находится в матке. Болезнетворные бактерии, вирусы или грибы могут проникнуть в матку по ниточке от ВМС и даже дойти до маточных труб и яичников, что приводит к необратимому рубцеванию и бесплодию (Vessey et al., 1981; Beerthuizen et al., 1982). Заметим, однако, что для женщины, имеющей только одного партнера, риск инфекционных заболеваний, связанный с ВМС, повышается лишь в первые месяцы после их введения, а в дальнейшем он невелик (Lee, Rubin, Borucki, 1988).

Если женщина, которой ввели ВМС, забеременела, то вероятность того, что эта беременность внематочная, составит 5% (Cole, 1989). Но поскольку при использовании ВМС беременность случается редко, вероятность внематочной беременности в целом невелика: менее 1,5 на 1000 женщин, пользующихся ВМС, за 1 год (Treiman, Liskin, 1988), что соответствует 0,1% от общего числа случаев внематочной беременности.

Примерно половина беременностей на фоне ВМС заканчивается самопроизвольным абортом (обычно во втором триместре), если только не удалить ВМС. Однако никаких данных о том, что ВМС вызывает врожденные дефекты, неизвестно.

ВМС отвечает запросам женщин, желающих иметь высоко эффективное противозачаточное средство, которое не требует никаких активных действий с их стороны и которое можно легко и быстро удалить. Оно может оказаться особенно полезным тем, кому противопоказаны оральные контрацептивы, а также умственно неполноценным женщинам, забывающим принимать таблетки или неспособным пользоваться механическими противозачаточными методами. ВМС не следует применять в активной фазе инфекции мочеполовых органов, при нарушениях менструального цикла, анатомических аномалиях матки или шейки или аномальных маточных кровотечениях. Женщинам, у которых в прошлом была внематочная беременность, а также страдающим серьезными нарушениями менструального цикла или любым заболеванием, подавляющим нормальный иммунитет к инфекциям, также не следует пользоваться ВМС. Не должны прибегать к ним и те, кто имеет несколько половых партнеров или несколько раз перенесшие инфекционные заболевания половых органов.

Действие ВМС на сексуальную сферу

Подобно противозачаточным таблеткам ВМС эффективно предохраняет от беременности, не снижая половое влечение и не лишая половой акт непринужденности. Однако наличие ВМС может сделать половой акт болезненным. Женщина испытывает боль при неправильном положении ВМС или если она страдает сальпингитом или пельвиоперитонитом; мужчине они могут причинять боль в области головки или тела полового члена в результате раздражения, возникающего при трении о ниточку ВМС, находящуюся во влагалище. Схваткообразные боли в брюшной области и продолжительные кровотечения могут понизить интерес женщины к сексуальной активности, однако эти побочные эффекты наблюдаются лишь у 10% женщин, использующих ВМС. В редких случаях оргазм может сопровождаться неприятными спазмами, вызываемыми сокращениями матки вокруг ВМС.

Каждая женщина, применяющая ВМС, должна также помнить, что данное противозачаточное средство не защищает ее от ВИЧ-инфекции

Диафрагмы

Диафрагма представляет собой неглубокий округлый купол из тонкой резины, натянутой на эластичное кольцо (рис. 6.3). Ее вводят во влагалище и располагают таким образом, чтобы она полностью покрывала шейку матки; предварительно внутреннюю поверхность диафрагмы и ее внутренний край покрывают спермицидной (убивающей сперматозоиды) пастой или кремом. До появления противозачаточных таблеток диафрагмы были самым популярным противозачаточным средством; они широко применяются и до сих пор.



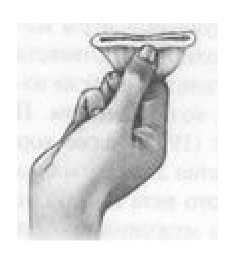
Рис. 6.3 Диафрагма

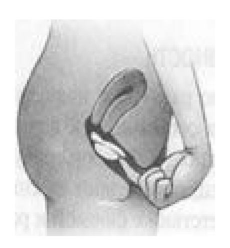
Принцип действия диафрагмы

Диафрагма служит механической преградой, прикрывающей зев шейки матки и препятствующей проникновению спермы. Ввиду недостаточной надежности этой преграды диафрагму смазывают спермицидом, убивающим сперматозоиды, которым удалось приникнуть под нее.

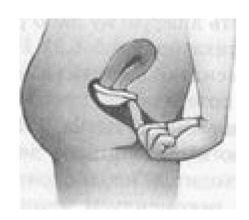
Применение и эффективность

Диафрагмы различаются по размеру и подбирать их с учетом анатомических особенностей данной женщины должен врач. Используя набор градуированных эластичных колец, определяют нужный размер диафрагмы в соответствии с формой и размерами влагалища, а также особенностями расположения шейки матки. После этого женщине показывают, как нужно вводить диафрагму либо рукой, либо при помощи аппликатора (рис. 6.3). Некоторые клиницисты рекомендуют менять размер диафрагмы, если женщина потеряла или прибавила 4-5 кг. В одном исследовании (Fiscella, 1982) было обнаружено, что многим женщинам даже при стабильном весе приходится неоднократно подбирать диафрагму. Мы рекомендуем женщинам производить подбор после каждой беременности или даже просто ежегодно. При изменении веса на 7-8 кг или более это следует делать обязательно.









Правильное обращение с диафрагмой: а) смазав диафрагму спермицидным кремом, сжать ее края двумя пальцами; б) сложенную диафрагму осторожно ввести во влагалище и протолкнуть как можно дальше назад; в) ощупать шейку матки и убедиться, что она полностью покрыта мягким резиновым колпачком; г) чтобы снять диафрагму, ее нужно поддеть за передний край согнутым пальцем.

Диафрагму вводят не более, чем за два часа до полового акта и оставляют на шейке в течение по крайней мере 6 ч после него. Если надеть ее раньше, то эффективность спермицида может понизиться. В таких случаях необходимо ввести во влагалище перед половым актом полную порцию спермицидной пасты, крема или пенообразующую таблетку. Если снять диафрагму раньше, чем через 6 ч после полового акта, то живые сперматозоиды могут оказаться в матке.

Диафрагмы не так эффективны как противозачаточные таблетки или ВМС; согласно большинству сообщений, частота неудач (возникновение беременности) при использовании диафрагмы составляет от 6 до 20 в год на 100 женщин (Sherris, Moore, Fox, 1984). В течение первого года применения диафрагмы частота беременностей составила 18,3% (см. табл. 6.2) (Jones, Forrest, 1989).

Эффективность этого метода зависит от регулярности его применения; поэтому успех в значительной степени определяется внимательностью и аккуратностью женщины: если она оставила свою диафрагму дома, а затем оказалась в ситуации, когда следовало бы ее использовать, то в возникшей в результате беременности повинен не метод, а она сама. В одном исследовании, проведенном на группе опытных и внимательных женщин, частота неудач составила всего 1,9 на 100 женщин в год (Vessey, Lawless, Yeates, 1982). Причиной неудачи может быть также смещение диафрагмы во время сексуальной игры из-за неправильного введения, неполного соответствия по размеру или форме влагалища, а также из-за движений матки, вызванных возбуждением. По данным Джонсон и Мастере (1962), даже хорошо подобранная и плотно надетая диафрагма может сдвинуться во время полового акта при положении женщины сверху или если мужчина продолжает фрикции в фазе плато. Даже самой маленькой дырочки в диафрагме достаточно для проникновения сперматозоида; поэтому необходимо тщательно осматривать ее и избегать попадания на нее вазелина или аналогичных веществ, разрушающих резину. Несмотря на эти недостатки, диафрагмы обладают рядом достоинств. Они в какой-то мере предохраняют от рака шейки матки (Wright et al., 1978) и защищают от некоторых болезней, передающихся половым путем (Sherris, Moore, Fox, 1984). Еще одно преимущество диафрагмы - значительная защита маточных труб от возможных инфекций (Cramer et al., 1987). Кроме того, при постоянном применении в сочетании с презервативом эффективность диафрагмы сравнима с эффективностью противозачаточных таблеток.

Побочные действия и безопасность

При использовании диафрагмы возможны аллергические реакции на резину или на спермицид; употребление недостаточно чистой диафрагмы может привести к инфицированию влагалища. Как то, так и другое случается редко. Тем не менее не рекомендуется носить диафрагму дольше 12 ч подряд, так как это может спровоцировать бурный рост бактерий во влагалище и вызвать синдром токсического шока (см. гл. 22). Диафрагма не оказывает влияния на гормоны или на физиологические процессы, происходящие в организме, и не угрожает плодовитости в будущем.

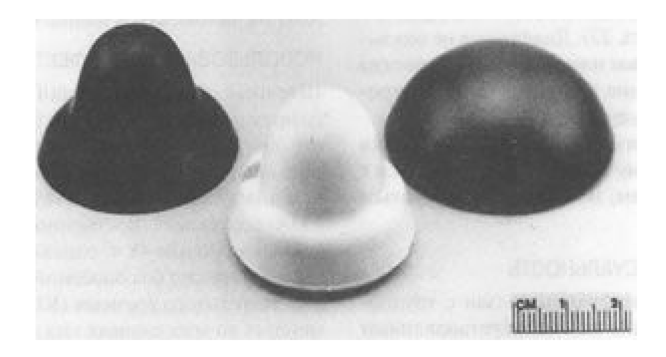
Женщинам с патологией влагалища или шейки матки, а также тем, кому неприятно прикасаться к своим половым органам, не следует пользоваться диафрагмой.

Воздействие на сексуальность

Главный недостаток диафрагмы связан с трудностями ее введения. Пока женщина устанавливает это приспособление, половое возбуждение у ее партнера (и у нее самой) может исчезнуть. Некоторые пары решают эту проблему, превращая введение диафрагмы в часть сексуальной игры, предшествующей половому акту. Но кому-то из партнеров или даже обоим процесс введения может казаться неприятным и неэстетичным. (У некоторых женщин вызывает отвращение вязкое месиво, в которое превращается спермицид, выделяющийся из влагалища в течение нескольких часов после удаления диафрагмы.) Кроме того, если диафрагма слишком велика, она может вызвать боль при половом акте, а некоторые мужчины жалуются, что при наличии диафрагмы их ощущения становятся "какими-то иными". Однако для тех, кто не любит совершать половой акт при менструации, диафрагма удобна, поскольку служит преградой, сдерживающей кровянистые выделения.

Шеечный колпачок

Шеечный колпачок - это сходное с диафрагмой, плотно прилегающее к шейке матки приспособление, которое удерживается на месте благодаря присасыванию (рис. 6.4). Это средство, пользующееся в последние три десятилетия значительной популярностью в Европе, в 1988 г. было узаконено в США (The New York Times, May 24, 1988, pp. Al и C8).



Шеечные колпачки трех разных типов, используемые в настоящее время для предотвращения беременности.







Рис. 6.4

Шеечные колпачки

Существуют шеечные колпачки нескольких типов, но до сих пор FDA одобрило только один - Prentif Cavity-rim cap. Этот колпачок в форме наперстка изготовлен из мягкого эластичного латекса и почти вдвое меньше диафрагмы. Другие виды колпачков делают из более твердых пластмасс.

Как действуют шеечные колпачки

Шеечные колпачки так же, как и диафрагмы, создают механическую преграду для спермы. Они более эффективны, чем диафрагмы, потому что плотнее прилегают к шейке матки.

Использование и эффективность

Шеечный колпачок Prentif выпускают четырех разных размеров, и для достижения эффективности его следует тщательно подобрать. Научиться правильно вводить колпачок несколько труднее, чем диафрагму (Mishell, 1989). В настоящее время FDA допускает

постоянное ношение колпачка только в течение 48 ч, однако по имеющимся данным его можно без опасений носить в течение более длительного времени (Klitch, 1988). FDA рекомендует во всех случаях смазывать колпачок изнутри спермицид ом, однако это "дублирование" имеет смысл лишь в первые 6 ч после введения колпачка, так как в дальнейшем действие спермицида значительно снижается (Masters, Johnson, Kolodny, 1982a). Большинство исследователей считают применение спермицида в данном случае необязательным (Klitch, 1988).

Эффективность шеечного колпачка, по-видимому, в общем сравнима с эффективностью диафрагмы. По некоторым данным, частота беременности при его применении колеблется от 8 до 20 на 100 женщин в год (Boehm, 1933; Cagen, 1986; Powell et al., 1986). Самое обширное из проведенных в США исследований охватывало 1500 женщин, которых разбили на две группы по случайному принципу, предложив одной группе пользоваться диафрагмой, а другой - шеечным колпачком; число беременностей за год оказалось примерно одинаковым: 17,4 на 100 среди женщин, применявших шеечный колпачок, и 16,7 на 100 - среди использовавших диафрагму (Bernstein et al., 1986).

Побочные действия и безопасность

У небольшого числа женщин, пользовавшихся шеечным колпачком, были обнаружены аномалии в мазках по Папаниколау. В одном исследовании доля таких женщин составляла 4%, что вдвое превышает соответствующий показатель для женщин, пользовавшихся диафрагмой (The New York Times, May 24, pp. Al и C8). Остается неясным, были ли эти аномалии мелкими гистологическими изменениями, вызванными воспалением, или же свидетельствовали о предраковом состоянии.

Есть также опасения, что слишком длительное ношение колпачка может спровоцировать бурный рост бактерий и вызвать синдром токсического шока (см. гл. 22). В очень редких случаях, как и при использовании диафрагмы, возможна аллергическая реакция на латекс.

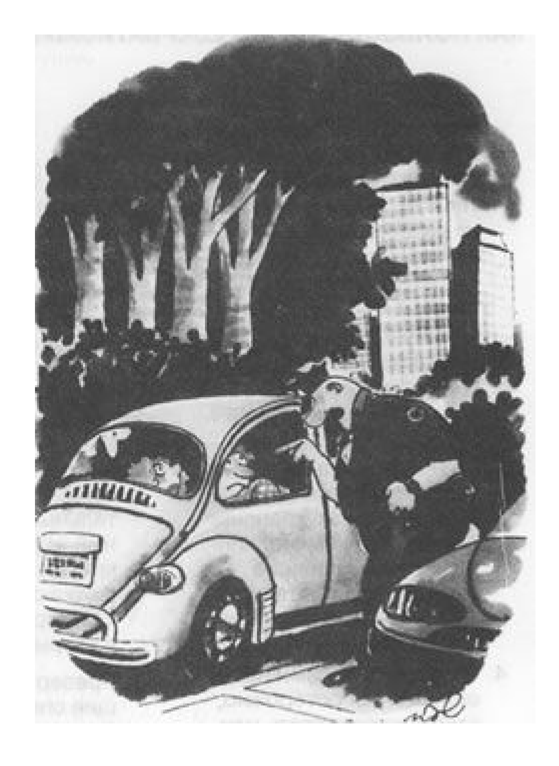
Одно из главных преимуществ колпачка состоит в том, что он не оказывает влияния на секрецию гормонов и не вызывает никаких функциональных изменений в организме женщины.

Женщинам с аномалиями мазков по Папаниколау или с патологией шейки матки не следует пользоваться шеечным колпачком.

Воздействие на сексуальность

Большинство женщин, перешедших с диафрагмы на шеечные колпачки, считают, что последние обладают двумя преимуществами: допускают большую свободу и непосредственность при половом акте и причиняют гораздо меньше неудобств (Klitch, 1988). Имеются сведения о том, что шеечный колпачок может создавать во время полового акта дискомфорт у мужчины, однако, по нашим данным, такие проблемы возникают крайне редко. Вместе с тем примерно каждая пятая женщина жалуется на неприятный запах из влагалища (вероятно, обусловленный накоплением слизи под колпачком). Еще один недостаток колпачка состоит в том, что он может соскочить с шейки, особенно при глубоком проникновении полового члена. Это происходило по крайней мере по одному разу у 40% опрошенных женщин, пользующихся этим противозачаточным средством (Bernstein et al., 1986).

Презервативы



"Слушай меня, мальчик, и слушай хорошенько. Надевая презерватив, натяни его до самого основания члена и непременно выпусти воздух из резервуара, сжимая его кончик между большим и указательным пальцами..." (С разрешения журнала "Плейбой")

Презервативы (называемые также кондомами) - это тонкие чехлы из латекса или из кишки ягненка, плотно прилегающие к половому члену. В настоящее время это наиболее распространенное противозачаточное средство, применяемое мужчинами. Его можно приобрести без рецепта в аптеке, выписать по почте, получить в центрах планирования семьи, а иногда даже в торговых автоматах, установленных в мужских туалетах, барах и на автозаправочных станциях. Кроме того, теперь презервативы выдаются во многих студенческих общежитиях и в оздоровительных центрах.

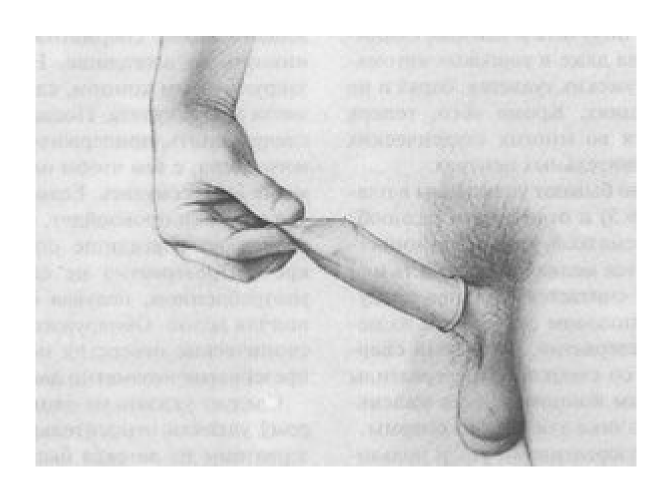
Презервативы обычно бывают упакованы в пластик или фольгу (рис. 6.5) и отличаются разнообразием: одни покрыты смазкой, другие разноцветные, а на третьих имеются мелкая ребристость или выступы, которые, как считается, сильнее стимулируют женщину при половом акте. Одно из недавних новшеств - презерватив, покрытый спермицидом в сочетании со смазкой. Презервативы бывают либо с округлым концом, либо с маленьким резервуаром на кончике для приема спермы.

РИС. 6.5

Презервативы



Вверху. Фотографии презервативов различных марок и их упаковок. Внизу. Кончик презерватива, не имеющего резервуара, необходимо зажать, чтобы осталось место для семени.



В 1960-1970-х гг. презервативами стали пользоваться гораздо меньше, считая это противозачаточное средство обременительным и старомодным, однако за последние несколько лет их популярность по ряду причин заметно возросла. Прежде всего презерватив оказался в центре внимания вследствие своей эффективности в качестве преграды распространению вируса СПИДа (так же как и других вирусов и бактерий, вызывающих венерические заболевания). Именно на этом делали акцент производители презервативов, привлекая внимание потребителей. Интересно указать на один побочный результат этой рекламной кампании: по имеющимся оценкам, продажа презервативов женщинам с 1980 по 1989 гг. возросла на 300% (в журнале Lifestyles одна молодая женщина прямо заявляет: "Я готова на многое ради любви, но я не собираюсь умирать из-за нее"). И, наконец, рост популярности презервативов можно объяснить осознанием мужчинами ответственности за высокую частоту нежелательных беременностей в США. Применение такого относительно дешевого приобретаемого без рецепта противозачаточного средства, как презерватив, позволяет успешно бороться с этим явлением.

Использование и эффективность

Презерватив, действие которого заключается в предотвращении проникновения спермы во влагалище, следует надевать на эрегированный половой член незадолго до полового акта. Если его надеть слишком рано, то он может порваться в результате трения о простыни или случайно проколоться ногтем. Если же надеть его незадолго до эякулята, то несколько

капель секрета куперовых желез, содержащего живые сперматозоиды, могут успеть проникнуть во влагалище. Натягивая презерватив с закругленным концом, следует оставлять немного места для эякулята. После эякуляции презерватив следует снять, придерживая его у основания полового члена, с тем чтобы он не соскользнул и сперма не выплеснулась. Если по какой-либо причине это все-таки произойдет, необходимо немедленно ввести во влагалище спермицидную пену или крем. Презерватив не следует проверять перед употреблением, надувая его, растягивая или наполняя водой. Обнаружить таким образом микроскопические отверстия невозможно, а повредить презерватив незаметно для себя, вполне реально.

Следует указать на один важный момент, которому уделяли относительно мало внимания: презервативы из латекса быстро портятся, особенно если они соприкасаются со смазочными веществами, содержащими растительное масло (вазелин, детское масло, многие кремы для рук или некоторые экзотические массажные масла, продаваемые в секс-шопах). В одном недавнем эксперименте было обнаружено, что воздействие на презерватив таких веществ в течение всего 10 мин при температуре тела значительно снижает его прочность на разрыв (Pugh, 1989). Согласно сообщению Веллера (Voeller, 1989), многие даже образованные мужчины, рассказывающие о неожиданных частых разрывах презервативов, вполне серьезно полагали, что все эти "сексуальные" смазки изготовляются на водной основе, так как они легко смываются водой. (К смазкам, действительно имеющим водную основу, относятся KY Lubricating Jelly, Today Personal Lubricant и Corn Huskers Lotion.)

Теоретически, при правильном применении презерватив представляет собой очень надежное противозачаточное средство. На 100 пар, использующих презервативы в течение года, приходится менее 5 беременностей. Если же применять презервативы в сочетании с влагалищным спермицидом, то его теоретическая эффективность становится еще выше, почти достигая эффективности таблеток. Однако фактически у пар, применяющих презервативы как единственное противозачаточное средство, нежелательная беременность случается чаще: 10-20 случаев на 100 пар в год. Главная причина этого не в качестве презервативов (они должны удовлетворять очень строгим стандартам, установленным FDA) и не в неправильном применении, а в том, что ими пользуются не всегда. Многие люди иногда "идут на риск", вместо того, чтобы применять презервативы при каждом половом акте. Еще одно достоинство презерватива из латекса, приобретающее в наше время все большее значение, это защита от многих болезней, передающихся половым путем. В презервативах, изготовленных из естественных материалов, иногда бывают такие крупные поры, что через них проходят вирусы гепатита В или СПИДа (Minuk, Bohme, Bower, 1986; Goldsmith, 1987).

В 1987 г. FDA сообщила, что одна из каждых пяти взятых для проверки партий презервативов не выдерживала строжайших тестов, т.е. иными словами, презервативы протекали (American Medical News, September 4, 1987, p. 37). Наибольший процент брака был выявлен среди импортных презервативов, однако дефектными оказались также примерно 1 из 10 партий презервативов, изготовленных в США. (Мартовский номер Consumer Reports за 1989 г. содержит рейтинг латексных презервативов, где приведены данные о частоте неудач при их использовании.)

Проведенный сравнительно недавно эксперимент подтвердил, что латексные презервативы эффективно блокируют передачу вируса СПИДа (Rietmeijer et al., 1988). В этом исследовании 30 презервативов (20 из них были покрыты спермицидом ноноксинолом-9) надевали на полые искусственные половые члены (дильдо), а затем помещали в цилиндрические сосуды, содержащие жидкую культуральную среду. В

кончик каждого презерватива через маленькую дырочку на конце дильдо вводили раствор, содержавший вирус СПИДа, затем дильдо "качали" вверх и вниз в сосуде, после чего презерватив разрывали. До разрывания презервативов ни в одном из сосудов вирус СПИДа обнаружен не был. После того как презервативы порвали, у 6 из 10, не покрытых спермицидом, произошла утечка ВИЧ, однако из 20 презервативов, покрытых ноноксинолом-9, утечки не было.

Как пользоваться презервативами

1. Пользуйтесь презервативами, изготовленными из латекса, а не из натуральных материалов, так как латекс лучше защищает от СПИДа и других болезней.

2. Презервативы следует хранить в сухом, прохладном и темном месте.

3. Презервативы из поврежденных упаковок или имеющие явные признаки длительного хранения (например, ломкие, липкие или изменившие цвет) использовать нельзя, так как они могут оказаться дефектными.

4. С презервативами надо обращаться осторожно, чтобы не разорвать или не проколоть их.

5. Презервативы надо надевать до всякого соприкосновения с половыми органами, чтобы избежать контакта с жидкостями, которые могут содержать возбудителей инфекции.

6. Следует пользоваться только смазочными веществами, изготовленными на водной основе. Не рекомендуется применять смазки, основанные на минеральных маслах или нефтяных продуктах, например вазелин, а также растительные масла, кулинарный жир и большинство кремов, так как все они снижают прочность латекса, что может привести к разрывам.

7. Презервативы, содержащие спермициды, создают дополнительную защиту от возбудителей. Однако еще большую защиту обеспечивает одновременное введение спермицидов непосредственно во влагалище.

8. При разрыве презерватива его следует немедленно заменить. Если эякуляция произошла после разрыва презерватива, незамедлительное введение во влагалище спермицида принесет некоторую пользу.

9. После эякуляции следует проследить, чтобы презерватив не соскользнул с полового члена, пока последний находится во влагалище; необходимо удерживать презерватив у основания полового члена при выведении его из влагалища (это надо сделать пока член находится в эрегированном состоянии).

10. Презервативы ни в коем случае нельзя использовать повторно.

Источник: Centers for Disease Control, MMWR, 38: S-8, Table 2, 1989.

Побочные действия и безопасность

Материал, из которого изготовлен презерватив, может вызывать жжение или раздражение половых органов. Никакого другого вредного действия на здоровье презервативы не оказывают.

Воздействие на сексуальность

Применение презервативов может существенно повлиять на сексуальность. Надевание презерватива нарушает непосредственность полового акта, хотя некоторые пары превращают эту процедуру в один из эпизодов сексуальной игры. Многие мужчины жалуются, что презерватив ослабляет их ощущения (один из опрошенных студентов выразился так: "Это все равно, что играть на рояле в перчатках"), а некоторым бывает трудно сохранять эрекцию при надевании презерватива. Мужчинам, испытывающим проблемы с эрекцией, не следует пользоваться презервативами, так как страх перед неудачей может серьезно усилиться. Кроме того, если не извлечь половой член из влагалища сразу после эякуляции, утрата эрекции повышает вероятность утечки спермы. А поспешное извлечение может нарушить ощущение близости и общий настрой партнеров.

Однако презерватив обладает и некоторыми достоинствами, оказывающими влияние на сексуальность. Женщине приятно сознавать, что мужчина не перекладывает на нее заботы о предупреждении беременности. Увлажненные презервативы смогут сделать половой акт более приятным, если по какой-либо причине влажность влагалища недостаточна. У женщины, партнер которой пользуется презервативом, после полового акта из влагалища ничего не вытекает. Кроме того, презерватив может помочь многим мужчинам, которым трудно контролировать скорость наступления эякуляции. Одно из самых благоприятных воздействий презерватива на сексуальность состоит в том, что он помогает человеку, вступающему в новую половую связь, почувствовать себя защищенным от таких заболеваний, как генитальный герпес или ВИЧ. Именно поэтому многие женщины, применяющие оральные контрацептивы или ВМС, тем не менее настаивают, чтобы их партнеры пользовались презервативами.

Спермициды

Спермициды, или химические влагалищные противозачаточные средства, весьма разнообразны; это пены, желе, кремы, пасты, таблетки или суппозитории. Все это можно приобрести без рецепта в аптеках и центрах планирования семьи. Спермициды не следует путать с разного рода гигиеническими препаратами для женщин, которые часто стоят в витринах рядом со спермицидами, но не обладают спермицидными свойствами.

Принцип действия спермицидов

Спермициды действуют в двух направлениях: их активный химический компонент убивает сперматозоиды, тогда как наполнитель, содержащий этот компонент, создает механическую преграду, блокирующую доступ в шейку матки.

Применение и эффективность

Перед применением любого противозачаточного средства необходимо внимательно ознакомиться со сведениями о его эффективности и указаниями по использованию, представленными во вкладыше. Разные препараты различаются по способу применения и

по надежности защиты от беременности. Вообще пены и суппозитории гораздо более эффективны, чем кремы или желе, которые следует применять только в сочетании с каким-либо другим методом контрацепции, таким как колпачки или презервативы. Все спермициды необходимо надлежащим образом расположить во влагалище, как показано на рис. 6.6. При правильном и регулярном применении некоторые препараты спермицидного действия могут быть очень эффективны. По результатам нескольких исследований на каждые 100 пар, применявших эти средства в течение 1 года, приходилось менее 5 беременностей (Coleman, Piotrow, 1979). Фактическая частота неудач в 3-6 раз выше, что объясняется нерегулярным применением и невыполнением инструкций производителя. Причиной неудач может быть неправильное введение спермицида во влагалище, повторный половой акт без дополнительного введения препарата или несоблюдение указаний о временных границах его эффективности. Кроме того, нередко неудача - результат препарата с истекшим сроком годности; поэтому прежде чем воспользоваться спермицидом, необходимо внимательно рассмотреть упаковку.



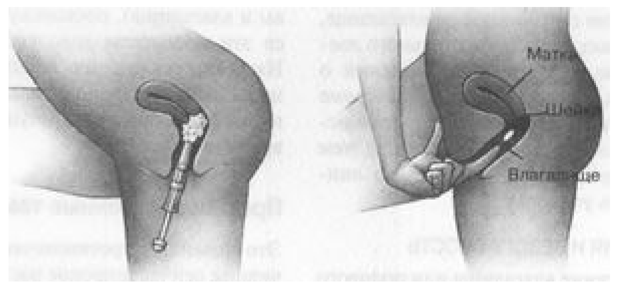


Рис. 6.6 Влагалищные спермициды

Противозачаточная пена, вводимая во влагалище с помощью пластмассового аппликатора, должна полностью прикрывать зев шейки. Спермицидный суппозиторий следует извлечь из упаковки и ввести во влагалище как можно глубже; необходимо точно соблюдать указания, изложенные на вкладыше, и ввести суппозиторий заблаговременно, так как его растворение может длиться 10 мин.

Побочные действия и безопасность

Жжение или раздражение влагалища или полового члена испытывают примерно 1 человек из 20, использующих спермициды, но с этой проблемой часто удается легко справиться, перейдя на другой препарат. Никаких других неприятных побочных действий нет, что составляет одно из главных достоинств спермицидов.

Несмотря на высказывавшиеся вначале опасения, спермициды не вызывают врожденных дефектов у ребенка (Shapiro et al., 1982; Bracken, 1985; Watkins, 1986; Louik et al., 1987). Создается, однако, впечатление, что у женщин, применяющих спермициды после того, как они забеременели, выкидыши случаются чаще, чем у других (Scholl et al., 1983).

Что касается положительных воздействий спермицидов, то появляется все больше данных о том, что они обеспечивают защиту против такого венерического заболевания, как гонорея, а также против инфекций мочеполовых органов (Yick et al., 1982; Gates, Weisner, Curran, 1982; Sherris, Moore, Fox, 1984). Другое положительное воздействие спермицидов - понижение риска некоторых инфекций влагалища (бактериального вагиноза и трихомониаза; см. гл. 19) (Feldblum, Bernardik, Rosenberg, 1988). Вероятно, самое главное достоинство этого вида контрацептивов - появляющиеся данные о том, что спермициды, содержащие ноноксинол-9, создают некоторую защиту против заражения вирусом СПИДа (Hicks et al., 1985).

Воздействие на сексуальность

Применение спермицидов может потребовать прерывания полового акта, однако введение спермицида можно превратить в часть сексуальной игры. В отличие от аэрозольных пенистых кремов спермицидные суппозитории нельзя применять в спешке, так как безопасность полового акта в этом случае обеспечивается через 10-15 мин после введения спермицида. Использование химических контрацептивов не позволяет партнерам прибегать к куннилингусу (оральной стимуляции вульвы и влагалища), поскольку в большинстве случаев эти препараты довольно неприятны на вкус. Наконец, по мнению некоторых людей, спермициды слишком сильно увлажняют влагалище, что вызывает неприятные ощущения ("хлюпанье") во время полового акта.

Противозачаточные тампоны

Это новейшее противозачаточное средство, получившее сейчас широкое распространение (одобрено FDA в апреле 1983 г.), представляет собой мягкий тампон одноразового использования, вводимый во влагалище. В настоящее время продается исключительно под фирменным названием Today. Тампон имеет округлую форму, его величина примерно 5 х 2,5 см; изготовлен из полиуретана, пропитанного спермицидом ноноксилоном-9 (рис. 6.7). Противозачаточные тампоны продаются в аптеках без рецепта и их не нужно подбирать с помощью врача. Поначалу они были встречены с энтузиазмом.

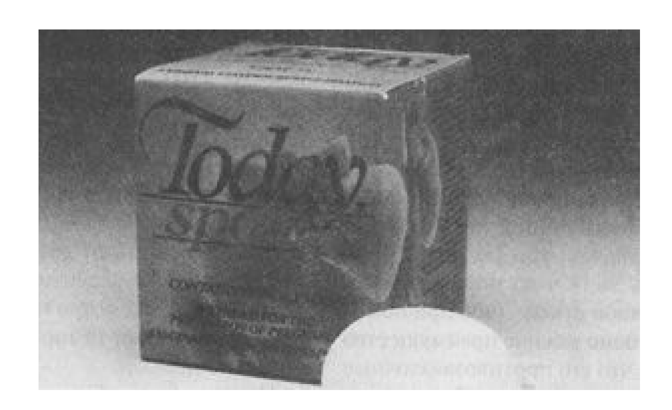


Рис. 6.7 Противозачаточный тампон

Как правильно вводить тампон: а) извлеките тампон из обертки и держите его впадиной вверх; петля должна при этом свисать вниз; б) тампон бывает слегка увлажнен - намочите его еще немного чистой водой (примерно две столовых ложки); в) слегка отожмите тампон, удалив излишек воды, - тампон должен быть влажным и как бы намыленным, но не мокрым; г) сдавите тампон пальцами с обеих сторон, как показано на рисунке, чтобы он стал уже и длиннее; убедитесь, что петля свисает под тампоном от одного конца складки до другого; д) оставаясь на ногах, как бы полуприсядьте на корточки и раздвиньте ноги. Свободной рукой разведите половые губы. Можно также проделать это, поставив одну ногу на стул, сидя со скрещенными ногами или лежа. Но большинству женщин, по-видимому, удобнее первое положение. Введите тампон во влагалище и продвиньте его как можно глубже одним или двумя пальцами. Будьте осторожны, чтобы не проткнуть его ногтем; проверьте положение тампона, проведя вокруг него пальцем; необходимо убедиться, что шейка полностью прикрыта и что вы можете дотронуться до петли нити.

Принцип действия тампона

Тампон действует в трех разных направлениях. Во-первых, что самое главное, он служит носителем спермицида ноноксинола-9 (активного химического компонента многих противозачаточных кремов, пенообразующих веществ и желе). Во-вторых, тампон создает механическую преграду, в известной мере препятствующую проникновению спермы в зев шейки. Наконец, считается, что тампон захватывает и поглощает сперму, хотя значимость этого действия остается неясной.

Применение и эффективность

Противозачаточный тампон вводится во влагалище до полового акта. Тампон сначала смачивают примерно двумя столовыми ложками воды и слегка отжимают до появления пены (это активизирует содержащийся в тампоне спермицид). По отзывам многих женщин вводить тампон гораздо легче, чем диафрагму или колпачок; удобно также и то, что его можно вводить за 18 ч до полового акта. (Введение производят либо рукой, либо при помощи аппликатора.) Еще одно важное преимущество тампона состоит в том, что его противозачаточные свойства сохраняются в течение суток без повторного смачивания, т.е. он обеспечивает защиту независимо от числа половых актов. Тампон должен присутствовать во влагалище не менее 6 ч после полового сношения, но в общей сложности не более 30 ч. Для его извлечения необходимо потянуть ниточку, привязанную к одному из концов.

Один из главных недостатков тампона - относительно высокая частота неудач (17 случаев на 100 женщин в год за первый год применения, по сравнению с 13 - при использовании колпач-КОВ)(Grimes, 1986). Однако частота неудач за второй год оказалась значительно ниже - 5 на 100 женщин в год (North, Vorhauer, 1985). Как и при использовании колпачков или спермицидов многие неудачи возникают в результате неправильного применения - слишком быстрого удаления тампона после полового акта (т.е. менее, чем по прошествии 6 ч); кроме того, определенную роль играет, по-видимому, мотивация пользователя. Эффективность тампонов можно значительно повысить, применяя их в сочетании с презервативами.

Женщины, пользующиеся тампонами, сообщают о ряде их преимуществ по сравнению с колпачками. Помимо того, что тампоны легко вводить (это отмечают все), многие женщины ценят их как недорогое удобное противозачаточное средство, не имеющее ни

вкуса, ни запаха, обеспечивающее защиту в течение 24 ч. Кроме того, согласно отзывам, тампоны не создают ощущения неопрятности и чрезмерной влажности.

Побочные действия и безопасность

Самое распространенное побочное воздействие тампона - слабое раздражение влагалища или полового члена, наблюдаемое у 3-5% тех, кто им пользуется. Хотя тампон получил широкое распространение сравнительно недавно, уже известно, что использование этого противозачаточного средства может привести к синдрому токсического шока (СТШ). Однако в целом вероятность этого состояния крайне мала (Faich et al., 1986). Согласно полученным данным, риск умереть от СШТ в результате использования противозачаточного тампона в "неменструальные" дни, составляет "от 0,1 до 0,6 на 100 000 женщин", что значительно ниже риска умереть от других причин, связанных с родами или контрацептивами (Reingold, 1986). Таким образом, несмотря на явную связь между противозачаточными тампонами и СТШ, риск относительно невелик.

Недавно было обнаружено, что противозачаточные тампоны предохраняют женщин от заражения хламидиозом и гонореей - двумя наиболее распространенными венерическими заболеваниями (Rosenberg et al., 1987). Однако они слабо предохраняют от СПИДа.

Воздействие на сексуальность

Тампон можно ввести задолго до полового акта, но можно и в последний момент, что дает этому средству большие преимущества. Кроме того, и мужчины, и женщины почти в один голос говорят, что не ощущают его во время полового акта. Однако главное преимущество тампона состоит, вероятно, в том, что он сохраняет свое защитное действие при повторных половых актах. Как сказала нам одна женщина: "Пользуясь тампоном, мы можем заниматься сексом вечером, а потом еще и утром, причем мне не нужно вставать и снова проводить всю подготовку".

Физиологические методы

Физиологические противозачаточные методы основаны на воздержании от половых сношений в те периоды менструального цикла, когда вероятность оплодотворения особенно высока. Это единственный способ контрацепции, который приемлет католическая церковь, поскольку считает его "естественным" а не "искусственным".

Календарный метод

Календарный метод состоит в определении "безопасных дней" менструального цикла (дней, в которые половой акт не приведет к беременности), исходя из продолжительности предыдущих циклов. Расчеты основаны на допущении, что овуляция должна произойти примерно за 14 дней до начала следующей менструации. Однако, как показали тщательные гормональные исследования, это допущение не всегда верно (Kolodny, Bauman, 1979). Чтобы вычислить "опасный" период, следует располагать данными о продолжительности каждого менструального цикла минимум за 6 мес. Первый день "опасного" периода определяют, вычитая 18 из продолжительности самого длинного цикла. Если, например, за учитываемый период самый короткий цикл у данной женщины продолжался 26 дней, а самый длинный - 32 дня, то она должна воздержаться от половой

близости, начиная с 8-го дня цикла (26 - 18 = 8) и до 21-го дня (32 - 11 = 21). Таким образом, "опасными" будут дни с 8-го по 21-й включительно, итого 14 дней.

Температурный метод

При температурном методе необходимо ежедневно измерять базальную температуру тела (БТТ), чтобы уловить время овуляции. От половой жизни следует воздерживаться со дня окончания менструации и еще в течение 2-4 дней после повышения температуры. Если в данном цикле повышения температуры обнаружено не было, что иногда случается, то пары, пользующиеся температурным методом, должны совершенно отказаться в этом месяце от половых сношений.

Овуляционный метод

Овуляционный метод, или метод Биллингса, зависит от изменений слизистых выделений шейки, по которым можно установить дни, когда велика вероятность зачатия. О наступлении этих дней свидетельствует появление во влагалище беловатой или мутной клейкой слизи. За 1-2 дня до овуляции выделение слизи усиливается и она становится более прозрачной и текучей, а по консистенции очень сходной с яичным белком. Считается, что половой акт "безопасен" спустя 4 дня после появления слизи, когда она вновь становится мутной.

Эффективность физиологических методов

В целом эффективность физиологических методов оставляет желать лучшего. Самый надежный из них, несомненно, календарный метод (вероятность неудач - от 15 до 45 на 100 женщин в год; Ross, Piotrow, 1974) и, за исключением тех случаев, когда менструальный цикл протекает регулярно, требует длительных периодов воздержания. Температурный метод неточен, так как получаемые данные трудно интерпретировать (Lenton, Weston, Cooke, 1977; Bauman, 1981), и примерно в 20% случаев выявить овуляцию по графикам БТТ не удается (Maghissi, 1976; Bauman, 1981). Всемирная организация здравоохранения (World Health Organization, 1978) на основании тщательно разработанных исследований, проведенных в 5 разных странах, установила, что овуляционный метод "относительно неэффективен для предупреждения беременности", так как общая частота неудач составила 19,4 на 100 женщин в год. Это, вероятно, объясняется тем, что многим женщинам бывает трудно обнаружить циклические изменения в слизи, выделяемой шейкой, а при каких-либо влагалищных инфекциях (которые сами могут быть причиной выделений) этот метод вообще неприменим. В другом исследовании, в котором участвовало 725 женщин, общая частота неудач составила 22,3 на 100 женщин в год (World Health Organization, 1981).

Чтобы правильно оценить эти результаты, следует иметь в виду, что типичная частота неудач среди женщин, использующих физиологические методы(19,1 на 100 женщин в год), почти равна частоте неудач при использовании диафрагм и значительно ниже соответствующего показателя для спермицидов (см. табл. 6.2). Однако среди пар, которые пользуются физиологическим методом, не соблюдая строго всех правил и иногда идут на риск, вероятность беременности достигает 86% (Trussell, Grummer-Strawh, 1990).

Сейчас создано несколько приборов для выявления овуляции в домашних условиях по выбросу ЛГ в мочу; может быть, со временем использование таких приборов позволит повысить эффективность физиологического метода контрацепции, однако подлинно

научных исследований в этой области пока не проводилось (Corsan, Ghazi, Kemman, 1990).

Воздействие физиологических методов на сексуальность

Большинство пар, использующих физиологические методы, не сталкиваются с серьезными сексуальными проблемами. Однако у некоторых пар возникновение таких проблем возможно, поскольку необходимость воздержания заставляет заниматься сексом в "безопасные" дни, независимо от настроения людей. Сложности могут так-же возникать из-за страха нежелательной беременности.

Стерилизация

Самую высокую степень защиты от беременности, если не считать полного воздержания, обеспечивает в настоящее время стерилизация - хирургические операции, делающие невозможным зачатие. За последние 20 лет популярность этой операции значительно возросла. Проведенная оценка показала, что в США примерно одна четверть всех супружеских пар в течение двух лет после рождения их последнего желанного ребенка прибегают к стерилизации; в течение 10 лет после рождения последнего ребенка это делает больше половины пар (Westoff, McCarthy, 1979).

Стерилизация привлекает тем, что она эффективна и перманентна. Эта перманентность, однако, становится недостатком в случае изменения чувств или обстоятельств (например, смерть ребенка или одного из супругов, развод), в результате чего человек может вновь захотеть детей. Несмотря на теоретическую возможность ликвидировать последствия стерилизации, практически это почти нереально, Каждый человек, собирающийся подвергнуть себя стерилизации, должен исходить из того, что эта операция необратима. Для мужчин один из способов сохранить возможность иметь детей после стерилизации - заморозить несколько образцов своей спермы, взятой до стерилизации, и хранить их в одном из банков спермы. Если впоследствии он захочет иметь детей, то эту сперму можно использовать для искусственного оплодотворения.

Стерилизация женщин

Существует более 100 разного рода хирургических методов стерилизации женщин. Почти все они сводятся к блокированию маточных труб, чтобы предотвратить слияние сперматозоида и яйцеклетки. В настоящее время перевязка маточных труб как таковая производится редко, так как эта процедура менее эффективна, чем другие способы блокировки - частичное иссечение, наложение зажимов и т.п. (рис. 6.8). Такие операции по-прежнему называют "перевязкой труб", хотя на самом деле механизм хирургического вмешательства иной.

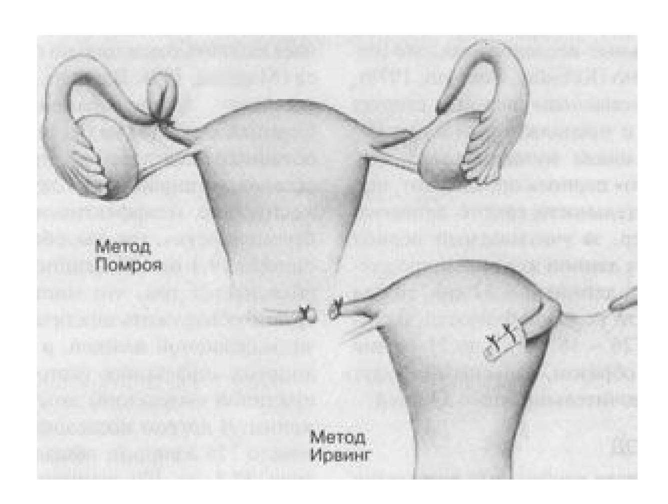


Рис. 6.8 Два способа перевязки маточных труб

Перевязку труб часто производят с помощью лапароскопа - инструмента в виде трубки, снабженной осветителем и световодом, который вводят в брюшную полость через разрез в брюшной стенке. С помощью лапароскопа трубы перерезают, а их концы подвергают электрокоагулиции. При этой операции длина разреза не превышает 2,5 см. Можно произвести перевязку труб, применяя сходный инструмент, который вводят через влагалище.

Перевязку труб можно произвести также с помощью лапаротомии - операции, при которой на животе делается разрез длиной 10-12 см. К стерилизации путем лапаротомии прибегают редко, обычно в тех случаях, когда для этого имеются те или иные причины - технические трудности или опасность для жизни женщины по медицинским показаниям. Женщина становится бесплодной и после таких операций, как гистерэктомия (удаление матки) или овариэктомия (удаление яичников), однако эти операции обычно производят по другим причинам, а стерильность возникает как своего рода побочный эффект.

Большинство методов стерилизации женщин гарантируют почти 100%-ную эффективность. В очень редких случаях рассеченные концы маточных труб могут соединиться, что обеспечит зачатие, однако наиболее обычная причина "неудачи метода" состоит в том, что в момент стерилизации женщина уже была беременна, но об этом никому не было известно (Wortman, Piotrow, 1973). Побочные действия возникают редко (менее, чем у 5% женщин) и обычно выражаются в кровотечении или симптомах инфекции в течение нескольких первых дней после операции.

У большинства женщин не возникает никаких сексуальных проблем, связанных со стерилизацией, поскольку она не затрагивает ни их гормональную систему (яичники не затронуты), ни анатомию зон сексуальной чувствительности. Если женщина решилась на стерилизацию вынужденно (например, под давлением со стороны мужа или в связи с какими-то медицинскими или экономическими обстоятельствами), у нее может понизиться интерес к сексу по психологическим причинам. Некоторые женщины считают, что после стерилизации их сексуальные ощущения изменились (или понизилась сексуальная реактивность), потому что они чувствуют себя "неполноценными" или "не совсем женщинами". Такая реакция особенно возможна у женщины, которая по своим религиозным убеждениям привыкла считать секс противоестественным или грешным, если он отделен от своего прямого назначения, т.е. от продолжения рода. В отличие от этого у некоторых женщин после стерилизации интерес к сексу усиливается, поскольку они больше не опасаются беременности.

Стерилизация мужчин

Вазэктомия - иссечение семявыносящего протока. Это простая хирургическая операция, которая состоит в том, что проток перерезают, а концы перевязывают или подвергают электрокаугуляции (рис. 6.9). Операция обычно проводится под местным наркозом и занимает 15-20 мин. Мужчина может затем отправиться домой, но в течение 1-2 дней он должен избегать тяжелых нагрузок. Некоторые мужчины испытывают боль в области мошонки в течение 7-10 дней, после, казалось бы, неосложненной вазэктомии.

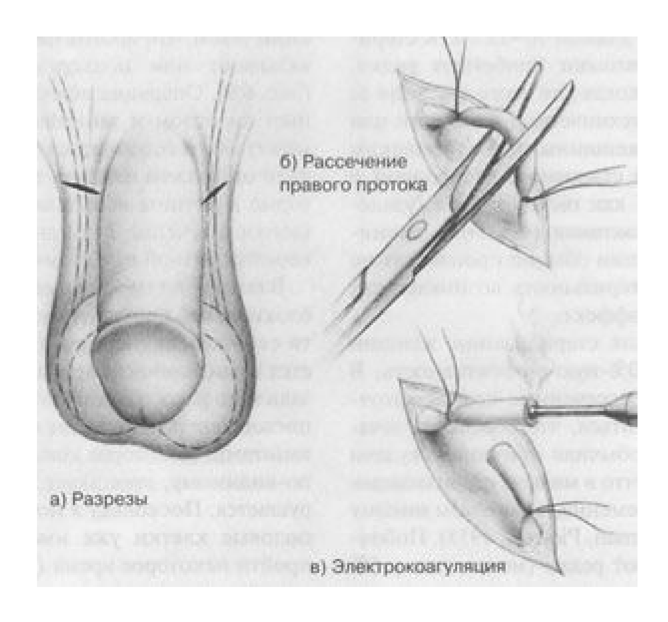


Рис. 6.9

Вазэктомия

Вазэктомию производят для того, чтобы полностью исключить выход спермы из мошонки и проникновение ее в вышележащие отделы мужской половой системы, а) местоположение на мошонке разрезов при проведении вазэктомии; б) иссечение семявыносящего протока хирургическими ножницами; в) рассеченные концы протока подвергают электрокоагуляции, с тем чтобы образовалась рубцовая ткань, которая блокирует прохождение спермы.

Вазэктомия не нарушает продукцию спермы, а блокирует ее прохождение из яичек в верхние части семявыносящих протоков. Сперма накапливается в эпидидимисе (придаток яичка, лежащий позади него и состоящий из массы канальцев), где ее поглощают и разрушают клетки, называемые фагоцитами. Некоторое количество сперматозоидов, по-видимому, проникает в мошонку и затем разрушается. Поскольку в момент вазэктомии зрелые половые клетки уже имеются, обычно должно пройти некоторое время (примерно десяток эякуляций), прежде чем семенная жидкость станет стерильной (не содержащей сперматозоидов). Мужчине и его партнерше следует применять какой-либо другой метод контрацепции до тех пор, пока по крайней мере два последовательных анализа семенной жидкости не подтвердят отсутствие в ней половых клеток. В очень редких случаях зачатие происходит, несмотря на то, что перед этим один анализ семенной жидкости дал отрицательный результат (Alderman, 1988).

Вазэктомия не оказывает влияния на секрецию гормонов и не нарушает эрекцию или эякуляцию. Количество эякулята почти не изменяется, так как секреты яичек и эпидидимиса составляют менее 5% объема семенной жидкости.

В 1970-х гг. возникло некоторое беспокойство по поводу возможных отдаленных последствий вазэктомии, в частности в связи с исследованиями на обезьянах, у которых спустя много лет после вазэктомии было обнаружено уплотнение стенок артерий (Clarkson, Alexander, 1980). Однако в результате нескольких широкомасштабных исследований было убедительно показано, что у человека ва-зэктомия не влечет за собой никаких отдаленных последствий. Масси и др. (Massey et al., 1984) наблюдали за более чем 10 000 мужчин, подвергшихся вазэктомии, и за соответствующей контрольной группой. Оказалось, что у мужчин, перенесших ва-зэктомию, реже развивались злокачественные опухоли, они реже умирали от рака, инфарктов и инсультов, чем мужчины, не подвергшиеся этой операции. Перрин и др. (Perrin at al., 1984) в исследовании, проводившемся в течение 15 лет, также не обнаружили свидетельств того, что вазэктомия предрасполагает к атеросклерозу или инфарктам. Вазэктомия - самый простой и самый надежный способ хирургической контрацепции: вероятность неудач составляет всего 0,15%. Причиной неудач служат незащищенный половой акт, совершенный до полного исчезновения сперматозоидов из эякулята, ошибки при проведении операции или, что случается очень редко, срастание перерезанных протоков. Частота медицинских осложнений, таких как кровотечение или инфекция, составляет менее 15%, хотя примерно у половины мужчин возникают небольшие припухлости, боль и временные изменения цвета мошонки, вызванные гематомой. Прикладывание льда после операции и хорошо подобранные суспензории могут уменьшить неприятные ощущения.

Мужчины, перенесшие вазэктомию, чрезвычайно редко жалуются на ослабление удовольствия, получаемого от секса (менее чем 1 из 20 мужчин); примерно половина из них сообщала об усилении сексуальных чувств и около четверти - о повышении частоты половых сношений (Wortman, 1975). По мнению многих пар, секс после вазэктомии стал более непосредственным и беспечным, поскольку отпало беспокойство о возможной беременности. Мужчинам, отягощенным сексуальными проблемами, не следует подвергаться вазэктомии, так как вероятность возникновения после операции психологической импотенции или других трудностей у них выше. У некоторых пар в результате этой операции нарушается гармония в супружеских отношениях из-за того, что муж ожидает выражений благодарности со стороны жены за перенесенную им операцию (Rodgers, Ziegler, 1973), или жена недовольна тем, что она больше не сможет иметь детей. Мужчина, перенесший вазэктомию, может стать импотентом (обычно временно), если после этой операции разведется и женится вновь, особенно если в новом браке ему захочется иметь детей. Более типично, однако, заявление 30-летнего мужчины, сделанное им спустя 6 мес. после вазэктомии: "Цель была достигнута просто и быстро. Вот теперь секс действительно превратился в занятие любовью без мыслей о всяких "случайностях". (Из картотеки авторов.)

Другие противозачаточные методы

Прерванный половой акт состоит в удалении полового члена из влагалища до того, как произойдет эякуляция. Этот способ предупреждения беременности даже при своевременном удалении полового члена (что не всегда возможно) не обеспечивает надежных результатов. Если эякуляция произойдет до полного извлечения члена или если капелька спермы попадет на отверстие влагалища, возможно возникновение беременности. Живой сперматозоид может также находиться в секрете куперовых желез задолго до эякуляции (или даже если у мужчины вообще не произойдет эякуляции); поэтому этот метод следует считать в лучшем случае очень рискованным - частота неудач составляет 20-25%. Прерванное сношение может также оказывать подавляющее воздействие на обоих партнеров, серьезно нарушая непринужденность полового акта. Тем

не менее ясно, что в отсутствие других возможностей предупредить беременность этот способ лучше, чем ничего.

Спринцевание, т.е. промывание влагалища каким-либо раствором, очень ненадежный метод, поскольку сперматозоиды могут быстро проникнуть в слизистую шейки, где спринцевание их уже не настигнет. Частота неудач при этом методе выше 40%.

Кормление грудью подавляет овуляцию у некоторых женщин (возможно вследствие высокого уровня пролактина), но полагаться на это не следует. Женщины, которые не хотят забеременеть вскоре после родов, должны сразу начать применять какое-нибудь более эффективное противозачаточное средство. Обследование кормящих матерей, не применяющих никаких методов контрацепции, показало, что частота беременностей среди них превышает 50% (Buchanan, 1975).

Нет нужды говорить о том, что самым надежным средством предотвращения беременности служит полное воздержание от половых сношений. Некоторые пары добровольно отказываются от коитуса, ограничиваясь другими видами половой активности; однако вряд ли такая практика окажется приемлемой для гетеросексуальных пар.

Способы прерывания беременности

Таблетки "На следующее утро"

Прием больших доз производных эстрогена после полового акта может помешать имплантации яйцеклетки. Такой способ прерывания беременности сразу после зачатия может оказаться полезным в особых ситуациях (например, в случае изнасилования или протечки презервативов), но он непригоден для постоянного применения. В экстренных случаях женщине предлагают в течение 5 дней принимать диэтилстильбестрол (ДЭС) (начинать прием следует не позднее чем через 72 ч после незащищенного полового акта). При соблюдении сроков эффективность этого средства очень высока: частота беременности ниже 1%. Другие таблетки следующего утра - две дозы этинилэстрадиола (одно из производных эстрогена) и одна гестагена, принимаемые с интервалом в 12 ч. Среди 900 женщин, начавших принимать такие таблетки не позднее чем через 72 ч после незащищенного полового акта, частота беременностей составляла 2% (Percival- Smith, Abercrombie, 1987).

Главные побочные действия - тошнота, иногда сопровождаемая рвотой, болезненность молочных желез и нарушение менструального цикла. Маловероятно, чтобы описанные выше кратковременные приемы ДЭС или других эстрогенных препаратов оказали сколько-нибудь длительное влияние на женщину или на плод, если беременность сохранится. Несмотря на то, что прием ДЭС на поздних стадиях беременности (как это делалось раньше, чтобы предупредить выкидыш) считают причиной аномалий в репродуктивной системе детей (см. гл. 22), нет никаких указаний на то, что он может оказать подобное действие при использовании для предупреждения беременности. Тем не менее остается неясным, представляют ли таблетки следующего утра какую-либо опасность, а поэтому считать их абсолютно безвредными пока нельзя.

Миниаборт

Этот метод впервые стали применять активистки женского движения. Он состоит в том, что в день, когда следует ожидать начала менструации, в матку вводят гибкий тонкий пластмассовый катетер и с помощью шприца или вакуумной установки отсасывают через него эндометрий, выстилающий матку. Если женщина беременна, то зародыш легко удаляется вместе с выстилкой. При этом возможны слабые спастические боли, но к анестезии обычно не прибегают. Миниаборт следует производить не позднее, чем через 8 нед после несостоявшейся менструации, потому что по истечении этого срока полное удаление эмбриона и его системы жизнеобеспечения (плаценты) становится затруднительным.

При правильном проведении этой процедуры профессиональным медиком никаких серьезных побочных действий быть не должно, однако этот вопрос еще не до конца изучен и необходимы дальнейшие исследования. В некоторых случаях, когда женщины, не имеющие профессиональной подготовки, производят миниаборт сами, возникают осложнения (прободение матки, инфекции или неполное удаление содержимого матки), требующие хирургического вмешательства (Perrone, 1990).

Аборт

Абортом называют прерывание беременности до того времени, когда зародыш или плод был бы способен выжить вне матки (Tietze, 1977). Аборт бывает самопроизвольным, когда беременность прерывается в результате каких-то нарушений в организме матери или плода, или искусственным, когда плод извлекают из матки намеренно. Согласно имеющимся оценкам, в мире ежегодно производится 30-40 млн. легальных абортов и примерно столько же нелегальных (Baulieu, 1989). Сегодня проблема абортов горячо обсуждается с различных позиций. Сторонники "права на жизнь" считают аборт недопустимым, выступая в защиту неродившегося человека, а сторонники "права на выбор" считают, что женщине должна быть предоставлена возможность самой решать свое будущее. Общественное мнение по этим вопросам расходится. Свести воедино все сложные аспекты прав и обязанностей, затрагивающих интересы как индивидуума, так и общества, далеко не просто; более подробно эта проблема рассматривается в гл. 23 и 24

Кто прибегает к абортам? Социологические аспекты

В 1985 г. в США было произведено примерно 1,3 млн. легальных абортов (MMWR, 38: SS - 2,1989). В масштабе всей страны это составляет 24 аборта на 1000 женщин репродуктивного возраста (от 15 до 44 лет). Показатель частоты абортов в масштабах всей страны, выражаемый числом абортов на 1000 живых новорожденных, составил в США в 1985 г. 354.

Исследование, проведенное в 1987 г. Институтом Алана Гаттмейчера, показало, что 26% всех легальных абортов приходится на женщин моложе 19 лет (Henshaw, Silverman, 1988). Треть всех абортов была произведена женщинам 20-24 лет, а женщины старше 30 лет составили 19% (рис. 6.10).



Рис. 6.10

Некоторые характеристики женщин, производящих аборты

Среди женщин, сделавших аборты, замужних было 18,5%. Почти две трети никогда не были замужем, а остальные либо разъехались с мужьями (6,4%), либо были в разводе (11,2%), либо остались вдовами (0,6%). Неудивительно, что у многих из них семейный доход был ниже 11 000 долларов в год; женщины с доходом свыше 25 000 долларов в год гораздо реже решаются на аборты.

По данным правительства США и Института Алана Гатгмейчера, примерно две трети женщин, сделавших аборты легально, принадлежали к белой расе (MMWR, 38: SS-2, 1989; Henshaw Silverman, 1988). Следует отметить, что среди афро- и латиноамериканок частота абортов значительно ниже, чем среди представительниц белой расы: 472 против 277 абортов на 1000 живых новорожденных (MMWR 38: SS-2, 1989).

Анализ данных о вероисповедании женщин, сделавших аборты в 1987 г., показал следующее: 42% составляли протестантки, 32% - католички, 1% исповедовали иудаизм, 3% - другие религии, а 22% заявляли, что они неверующие (Henshaw, Silverman, 1988). Эти данные представляют известный интерес, так как показывают, что многие приверженцы католицизма готовы пренебречь запретом, наложенным церковью на аборты.

Исследование, проведенное Институтом Алана Гаттмейчера, выявило еще один интересный факт: половина женщин, сделавших аборты в 1987 г., сообщили, что они предохранялись от беременности в течение всего того месяца, в который они забеременели. Это прямо противоречит представлению о том, что большинство женщин, делающих аборты, либо не знают о существовании противозачаточных средств, либо не хотят обременять себя заботами, связанными с их применением; следующий пример подтверждает ошибочность такого мнения.

23-летняя женщина, окончившая колледж: в студенческие годы я влюбилась в одного парня и жила с ним. У нас был бурный роман, но мы были очень осмотрительны: я пользовалась диафрагмой, а он презервативами. Вы сможете себе представить, в каком мы были шоке, когда выяснилось, что я беременна. Мы никогда не "забывали" о противозачаточных средствах; мы даже использовали одновременно два средства. И все же когда я рассказала обо всем своей лучшей подруге, она стала упорно убеждать меня, что в какой-то раз мы допустили оплошность и забыли принять меры. "Может быть, - говорила она, - вы были пьяные и не помните об этом". Меня обидело такое отношение, и я поняла, с какой легкостью люди могут высказывать о поведении других предположения, которые просто неверны. (Из картотеки авторов)

Как видно из табл. 6.3, большинство женщин, сделавших аборты в 1985 г., никогда не рожали. Менее чем одна из 20 таких женщин, сделала в прошлом 3 или более абортов. Это позволяет допустить, что немногие женщины полагаются на аборт как на способ регуляции рождаемости; однако некоторые из тех, кто выступает против легализации абортов, утверждают, что эта практика широко распространена.

Таблица 6.3

Распределение женщин, прошедщих в 1985 г. через легальный аборт, по числу уже имеющихся у них детей и сделанных в прошлом абортов (по данным из Morbidity and Mortality Weekly Report 38: SS-2, Table 15 and 16, September 1989)

Распределение по числу рожденных в прошлом живых детей, %

0	55,1
1	21,4
2	14,4
3	5,1
4	2,5
Неизвестно	1,5
Всего	100

Распределение по числу сделанных в прошлом абортов, %

0	56,8
1	25,0

2	9,6
3	4,7
4	
Неизвестно	3,8
Всего	100

Методы искусственного аборта

Выбор метода аборта зависит главным образом от срока беременности. В течение первого триместра чаще всего применяют вакуумную аспирацию. После расширения цервикального канала в матку вводят небольшую пластиковую трубочку; ее подсоединяют к вакуум-генератору и осторожно отсасывают из матки ткани плода, плаценту и плодные оболочки (рис. 6.11). Вся процедура занимает всего 10-15 мин.

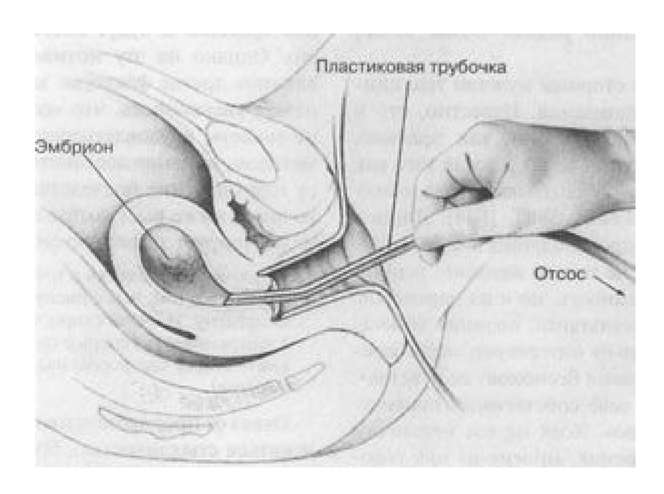


Рис. 6.11

Вакуумная экстракция

Эмбрион и зародышевые оболочки отсасывают из матки.

Во втором триместре беременности применяют расширение (шейки матки) и удаление (плода) - метод, сходный с вакуумной экстракцией. После расширения цервикального канала щипцами рассекают и удаляют плод, а затем с помощью аспирационной канюли отсасывают плаценту и остатки плода. После этого металлической кюреткой осторожно выскабливают стенки матки, чтобы убедиться в удалении всех остатков тканей плода.

Во втором триместре аборты иногда производят с применением фармакологических препаратов, стимулирующих сокращение матки, что приводит к изгнанию плода и плодных оболочек. Для индуцирования сократительной активности матки используют простагландины, которые инъецируют непосредственно в амниотический мешок, либо медленно вводят в вену, либо вкладывают во влагалище. При стимуляции аборта гипертоническим раствором его вводят в полость амниона. Оба метода занимают по нескольку часов; кроме того, они сопряжены с физическим и моральным дискомфортом, создаваемым сокращениями матки и извлечением мертвого зародыша через влагалище.

В настоящее время аборт все реже производят методом расширения и выскабливания. Его используют при сроке беременности примерно 15 недель; это требует применения общего наркоза. После расширения цервикального канала полость матки выскабливают, удаляя ткани зародыша, плаценту и плодные оболочки. Гистеротомия представляет собой операцию, сходную с кесаревым сечением, которую можно проводить в течение всего второго триместра беременности. К ней прибегают редко и ее также проводят под общим наркозом.

Некоторые люди полагают, что можно вызвать аборт, если есть определенную пищу, усиленно делать физические упражнения или применять другие "домашние средства", но это не так. А попытки прервать беременность, вводя в матку проволочную вешалку или вязальную спицу, крайне опасны и могут привести к тяжелой инфекции или вызвать кровотечение.

Безопасность

Благодаря совершенствованию методов прерывания беременности риск при аборте меньше, чем при вынашивании ребенка и родах: на 100 000 искусственных абортов приходится менее 4 летальных случаев, тогда как число смертей на 100 000 благополучных родов достигает 14 (Grimes, Gates, 1980; Koonin et al., 1988). Фактически среди здоровых женщин (т.е. не имевших до аборта серьезных медицинских проблем) вероятность умереть от легального аборта составляет в США менее 1 на 100 000 (Le Bolt, Grimes, Gates, 1982). Наиболее безопасны аборты в первом триместре беременности, в более поздние сроки эта процедура чаще вызывает такие осложнения, как кровотечение, инфекции и прободение матки. Нет никаких серьезных данных, свидетельствующих о том, что правильно произведенный аборт может в дальнейшем привести к бесплодию. В нескольких работах было показано, что у женщин, сделавших два или более абортов, при последующих беременностях наблюдается повышенная частота выкидышей (Harlap et al., 1979; Levin et al., 1980; Madore et al., 1981), преждевременных родов и рождения маловесных детей (World Health Organization, 1978).

Психологические аспекты аборта

Для большинства женщин благотворное эмоциональное воздействие аборта перевешивает психологический риск (Osofsky et al., 1971; Niswander, Singer, Singer, 1972; Nadelson, 1978). Если исключить случаи осложненных абортов, ни в одном из многочисленных исследований не было обнаружено существенного повышения случаев психических расстройств после аборта (Holden, 1989). В сущности психологические проблемы, возникающие после прерывания беременности, встречаются гораздо реже, чем послеродовая депрессия.

Более того, многие женщины сообщают о значительном успокоении, наступающем после аборта (H.P. David, 1978). Вот что рассказала одна пациентка: "Когда я обнаружила, что забеременела, мне показалось, что впереди мрак. Как только мне сделали аборт, я вновь ощутила над собой солнце" (из картотеки авторов). Тем не менее женщины, перенесшие аборт, довольно часто говорят о чувстве вины, грусти и утраты. Справиться с этими реакциями им помогают психологи.

В своем докладе президенту начальник департамента медицины К.Э. Кооп (который сам был противником абортов) не смог назвать никаких серьезных психологических последствий аборта. Кооп писал, что "имеющиеся в настоящее время научные данные... не могут быть использованы для поддержки ни противников, ни сторонников аборта" (Koop,

1989). Кооп полагал, что вследствие таких методологических недостатков, как отсутствие контрольных групп, очень низкая доля проспективных исследований и нерепрезентативность выборок, надежные выводы о психологических или физических воздействиях аборта делать нельзя. Позднее стало известно, что в докладе Коопа на самом деле говорилось об относительной безопасности абортов, однако соответствующие строки были подвергнуты цензуре со стороны высокопоставленных правительственных чиновников (The New York Times, 1989; Science, 1989). Впоследствии Американская психологическая ассоциация организовала специальную комиссию, в задачу которой входил сбор данных по психологическим реакциям американских женщин после легальных абортов. Вывод этой комиссии гласил: легальное прерывание нежелательной беременности, произведенное в первом триместре, "не оказывает отрицательного влияния на психику большинства женщин; депрессивные состояния вследствие аборта чрезвычайно редки" (Adler et al., 1990).

Реакции на аборт со стороны мужчин традиционно уделяется мало внимания. Известно, что к решению вопроса об аборте они, как правило, подходят с позиций разума, однако после того как все произошло, начинают испытывать боль, обиду или гнев (Shostak, McLouth, Seng, 1984). Лишь в нескольких клиниках, производящих аборты, психологи консультируют не только женщин, решившихся прервать беременность, но и их партнеров. По словам одного консультанта, позиция мужчины в данном вопросе его не интересует, "ведь беременна-то женщина, и меня беспокоят ее чувства". Пусть мужчины ищут себе собственных психиатров, если им это нужно". Хотя не все психологи разделяют эту точку зрения, многие из них говорят, что мужчины не нуждаются в их услугах.

Психологические аспекты использования противозачаточных средств

Почему некоторые люди, желающие избежать беременности, либо не пользуются противозачаточными средствами, либо нарушают правила их применения? Наиболее распространенная причина - отсутствие необходимых знаний. Иллюстрируя эту точку зрения, Зельник и Кантнер (Zelnik, Kantner, 1979) сообщают, что примерно половина женщин в возрасте от 15 до 19 лет, живущих половой жизнью, считали, что они слишком молоды, чтобы забеременеть (табл. 6.4). Среди жительниц городов, имеющих детей, лишь одна треть знала, в какой период менструального цикла особенно велика вероятность забеременеть; в возрастной группе моложе 21 года только 10% имели об этом верное представление (Presser, 1977).

Таблица 6.4

Расовая принадлежность женщин 15-19 лет, имевших неоднократные половые контакты без применения противозачаточных средств (Zelnik, Kantner, 1989)

Причина неиспользования контрацептивов при последнем половом акте	Всего, %	Белая раса, %	Черная раса, %
Общее число неиспользующих контрацептивы	(N = 590)	(N = 339)	(N = 251)
Беременных	15,0	15,0	15,2
Старавшихся забеременеть	5,2	4,1	9,2

Небеременных и не старавшихся забеременеть	79,8	89,9	75,6
Всего	100	100	100
Небеременные и не старавшиеся забеременеть	(N = 452)	(N= 262)	(N = 191)
Думали, что могут забеременеть	49,0	46,7	58,4
Не ожидали, что произойдет половой акт	20,3	19,3	24,3
Хотели предпринять что-то, но не могли	7,2	7,7	5,2
Возражал партнер	1,9	1,4	4,2
Считали, что применять контрацептивы не следует или опасно	4,9	4,4	6,9
Ничего не знали о контрацептивах или о том, где их взять	3,1	3,2	2,7
Секс с контрацептивами терял привлекательность или их было слишком трудно применять	3,8	2,6	8,5
Другие причины	7,8	8,1	6,6
Думали, что не могут забеременеть	51,0	53,2	41,6
Имели половые сношения в те дни цикла, в которые не могли забеременеть	22,6	24,3	15,7
Считали, что слишком молоды, чтобы забеременеть	5,3	5,3	5,2
Имели половые сношения слишком редко, чтобы забеременеть	4,1	3,4	6,7
Другие причины	19,0	20,2	14,0
Всего	100	100	100

Но недостаточной осведомленностью нельзя объяснить тот факт, что многие люди, понимающие, как происходит зачатие и какова его вероятность, тем не менее не прибегают к противозачаточным средствам или же пользуются ими нерегулярно. В этом вопросе чрезвычайно важна личная мотивация. Не вызывает сомнений, что некоторые люди действительно стремятся избежать беременности, тогда как другим просто хочется, чтобы она наступила позднее и они не огорчаются, если зачатие произошло. Чем сильнее пары стремятся избежать беременности, тем вероятнее, что они изберут какое-нибудь эффективное противозачаточное средство и будут систематически применять его. Однако на эту мотивацию могут оказывать влияние другие факторы: забывчивость, необъяснимая уверенность, что "со мной этого случится не может", неудовлетворенность тем или другим методом, желание доставить удовольствие партнеру или опасение последствий для здоровья. Приводимое ниже высказывание 23-летней женщины иллюстрирует типичную ситуацию:

Я принимала таблетки в течение почти двух лет, но прочитав о том, чем я рискую, решила перейти на диафрагму. И очень скоро, буквально на третий раз, я забеременела. Теперь я снова вернулась к таблеткам - старое оно всегда надежнее. (Из картотеки авторов)

Отказ от противозачаточных средств может объясняться стыдливостью, боязнью оказаться в глупом положении или негативным отношением к какому-то конкретному средству. Одна 24-летняя женщина рассказала нам, как она в течение получаса старалась ввести себе диафрагму и, не справившись с этой задачей, просто прекратила попытки, почувствовав себя униженной. Иногда людей беспокоит, что кто-то, обнаружив у них контрацептивы, поймет, что они занимаются или предполагают заняться сексом. Такая ситуация вполне реальна для подростков, опасающихся, что об этом узнают родители; однако это может волновать и женщину, если ее приятель случайно заметит в ее сумочке упаковку пенообразующих таблеток; она, возможно, вовсе не намерена была вступать с ним в какие бы то ни было сексуальные отношения, но такое "открытие" могло быть истолковано, как если бы она хотела или даже ожидала этого.

Некоторые люди считают, что половой акт в пылу страсти - это прекрасно, и если планировать его заранее, то он превращается во что-то механическое, прозаическое или даже аморальное. Многие пары, регулярно использующие контрацептивы, иногда позволяют себе сексуальную свободу. В таких случаях они решают отдаться своим бурным чувствам и сделать все более естественным. Многие пары, применяющие физиологический метод, находят секс более обольстительным именно в те дни, когда от него следует воздержаться.

В некоторых случаях к отказу от противозачаточных средств или к неправильному их применению могут привести разные взгляды партнеров на проблему продолжения рода, их враждебность, соперничество или личные планы. Мужчина, который настаивает на использовании прерванного полового акта, может сделать секс неприятным для своей партнерши. Женщина может манипулировать партнером, ограничивая свою доступность ("Моя диафрагма сдвинулась" или "Я нездорова") или же, наоборот, стараясь забеременеть, чтобы вынудить своего партнера жениться, предотвратить разъезд или развод (Sandberg, 1976). Вопрос о том, кто должен принять на себя ответственность за противозачаточные меры, может оказаться очень острым, особенно если женщина занималась этим очень долго, а затем решила перенести заботы на своего партнера.

Наконец следует упомянуть еще об одном психологическом аспекте использования противозачаточных средств. Пары, у которых возникают сексуальные проблемы, часто перестают уделять должное внимание противозачаточным мерам или вообще прекращают их применение. Иногда они считают, что их сексуальные трудности возникли или усилились именно из-за применения противозачаточных средств. Распространено мнение, что при наличии сексуальных проблем зачатие маловероятно (люди, придерживающиеся такой точки зрения, будут "слегка" потрясены, обнаружив, как они ошиблись). Бывает также, что отказ от контрацепции используется как своего рода психологический тактический ход с целью показать, что "секс, в сущности, не так уж и важен", или же, наоборот, желая сделать половой акт более интимным и волнующим.

Будущее контрацепции

Все согласны с тем, что нынешние противозачаточные методы далеки от совершенства с точки зрения безопасности, обратимости, эффективности и удобства применения. Для устранения всех этих недостатков в настоящее время проводятся многочисленные исследования.

Новые направления в контрацепции для мужчин

Неудивительно, что самый большой интерес вызывает возможность создания противозачаточных таблеток для мужчин. Теоретически контрацептивным действием обладают лекарственные препараты: 1) блокирующие образование сперматозоидов; 2) нарушающие процесс их созревания в яичках; 3) препятствующие продвижению сперматозоидов от яичек через эпидидимис и семявыно-сящие протоки в мочеиспускательный канал; 4) снижающие подвижность мужских половых клеток или их способность к капацитации. Уже найдены различные вещества, способные выполнять каждую из этих задач, однако все они либо не вполне эффективны, либо обладают недопустимыми побочными действиями. Например, комбинации эстрогена и гестагена (подобные используемым в "женских" таблетках) блокируют продукцию сперматозоидов, однако они сильно снижают интерес к сексу у большинства мужчин и часто ведут к импотенции. В настоящее время в стадии изучения находятся препараты, содержащие тестостерон и один из препаратов гестагена. По предварительным данным, они не оказывают как эстроген побочного действия на кровообращение и не нарушают половую функцию. Однако эти таблетки не очень эффективны для подавления продукции сперматозоидов на длительный срок (Segal, 1979).

В одном сообщении из Китая указывается, что экстракт из хлопкового масла - госсипол - обладает контрацептивным действием на мужчин (National Coordinating Group for Male Contraceptive, 1978). Госсипол влияет на метаболизм спермы, что приводит либо к обездвижению сперматозоидов, либо к их гибели (Tong, Zhou, Zhou, 1982). Кратковременные побочные эффекты госсипола, выражающиеся в головокружении, усталости, сухости во рту и нарушении пищеварения, отмечались у 10% мужчин; 5% мужчин сообщали о понижении полового влечения или о проблемах с потенцией, однако вопрос об обратимости воздействия госсипола на продукцию спермы остается открытым (Liskin, Pile, Quillin, 1983). Более того, есть данные, что от 10 до 20% мужчин, принимавших госсипол, остались бесплодными после прекращения приема этого вещества (Ziporyn, 1984). Это обстоятельство резко понижает привлекательность подобного противозачаточного средства.

Более многообещающим средством представляется синтетическая форма ингибина - белкового вещества, образующегося в яичках и обеспечивающего обратную связь с гипоталамусом и гипофизом через регуляцию секреции ФСГ (Sairam et al., 1984). Если клинические испытания ингибина покажут, что данный препарат действительно подавляет продукцию спермы, не оказывая влияния на сексуальность, можно будет говорить о решающем прорыве в поисках эффективного мужского противозачаточного средства обратимого действия.

Разработка новых методов мужской контрацепции ведется, кроме того, по следующим направлениям:

1. Создание вакцины или лекарственного вещества, блокирующего секрецию ФСГ гипофизом, поскольку этот гормон регулирует продукцию спермы и не оказывает влияния на сексуальность.

2. Создание вакцины, снижающей активность ферментов сперматозоида, необходимых ему для проникновения в яйцеклетку.

3. Использование ультразвука для создания временной стерильности путем блокирования продукции сперматозоидов.

Новые направления в контрацепции для женщин

Совершенствованием женских противозачаточных средств в настоящее время занимаются многие группы ученых. Один из наиболее перспективных подходов - попытка создать вакцину против беременности, которая активизируется только в случае зачатия, отличается надежностью и проста в употреблении. К числу испытываемых в настоящее время вакцин относится вакцина, действие которой направлено против хорионического гонадотропина человека - гормона, секретируемого плацентой (именно этот гормон выявляют тесты на беременность); такие вакцины предупреждают беременность, не нарушая овариальный или менструальный циклы.

В настоящее время делается также попытка синтезировать препарат, способный блокировать секрецию прогестерона желтым телом (производное проовулировавшего фолликула, вырабатывающего гормоны на ранней стадии беременности). Такое соединение должно препятствовать имплантации яйцеклетки и индуцировать менструацию, независимо от того, произошло зачатие или нет. С этой концепцией тесно связано новое лекарственное вещество, полученное в Европе, которое способно блокировать зачатие и прервать беременность. Данный препарат (RU486) представляет собой антагонист прогестерона, т.е. подавляет действие этого гормона, необходимого для подготовки слизистой матки к имплантации оплодотворенной яйцеклетки и поддержания беременности. При клиническом испытании RU486 вызывал аборт у 85% беременных женщин, принимавших этот препарат не позднее 10 дней после ненаступившей в положенный срок менструации (Couzinet et al, 1986). Эффективность RU486 была впоследствии подтверждена на тысячах женщин (свыше 95% абортов при семинедельной беременности) (Baulieu, 1989a; Cherfas, 1989). Сочетание RU486 с сульпрастоном - препаратом, сходным с простаг-ландином, позволяет добиться еще более высоких показателей. Таким образом, если женщина хочет избежать беременности после незащищенного полового акта или если одна менструация уже пропущена, ей следует принять таблетку RU486, которая либо предотвратит беременность, либо прервет ее на самых ранних стадиях без хирургического вмешательства. Хотя в США RU486 еще не получил одобрения на правительственном уровне, во Франции и в Китае этот препарат появился в продаже в 1988 г. (The New York Times, September 24, 1988, p. 1 and 8).

Создатель RU486 д-р Этьен-Эмиль Больё развернул активную рекламную компанию своего препарата. Он возражает против названия, в которое бы входило слово "аборт", считая, что этот термин автоматически вызывает негативное отношение: "Меня возмущает, когда люди относятся к прерыванию беременности на очень ранних стадиях как к убийству младенца, моральному или физическому", заявил Больё (Greenhouse, 1989). Он предлагает называть свой препарат "контргестативным".

Важно представить себе, что RU486 имеет широкую область применения. Помимо его использования для лечения рака молочной железы и опухолей мозга, он может применяться как эффективное противозачаточное средство. Если принимать RU486 в течение первой, фолликулярной фазы менструального цикла, он как антагонист прогестерона блокирует овуляцию; возможно, в будущем данный препарат будут использовать главным образом именно с этой целью (Cherfas, Palca, 1989).

В последние годы предпринимаются попытки создать препарат в виде таблетки, жидкости или влагалищных тампонов, способных вызвать кровотечение и принимаемых в день, когда должна наступить менструация. В настоящее время изучаются разные синтетические аналоги простагландинов, и хотя все они обладают по крайней мере 90%-ной эффективностью, их применение, как правило, сопровождается недопустимо высокой частотой отрицательных побочных явлений. Ведутся также поиски факторов, способных блокировать сигналы от гипоталамуса к гипофизу, запускающие секрецию ЛГ; это

позволило бы разрушать важное звено в инициации овуляции. Теоретически уменьшить вероятность имплантации можно блокируя перемещение оплодотворенной яйцеклетки по маточной трубе, однако эта возможность пока еще недостаточно изучена.

Ведется работа по улучшению гормональных противозачаточных средств для женщин: разрабатываются препараты длительного действия, не содержащие эстрогена (во избежание нежелательных побочных эффектов). Их вводят в организм путем инъекций или же имплантируя в виде маленьких капсул под кожу; препараты могут быть помещены также в пластмассовые вагинальные кольца, из которых они постепенно выделяются. В настоящее время женщина, которая хочет на длительное время обезопасить себя от беременности, фактически может с помощью имплантата, вживленного под кожу плеча, постоянно иметь при себе пятилетний запас гормонального противозачаточного препарата. Этот имплантат (Норплант) содержит шесть маленьких капсул из силастика, наполненных гормоном левоноргестрелом - тем самым гестагеном, который содержится во многих минитаблетках; считается, что эти капсулы обладают таким же противозачаточным действием, как минитаблет-ки. Контрацептив, медленно освобождающийся из капсул, не всегда предотвращает овуляцию, однако препятствует зачатию двумя способами: уплотняя слизистую матки (затрудняя сперматозоиду прохождение вверх по маточным трубам) и блокируя имплантацию. Главный недостаток этого средства состоит в том, что у многих женщин оно вызывает аномальные менструальные кровотечения (однако в течение года эта проблема обычно теряет остроту).

Во многих странах в настоящее время в качестве противозачаточного средства длительного действия используется синтетическая форма прогестерона, называемая медроксипрогестеронацетатом (МПА). В США торговое название этого препарата Depo-Provera. МПА инъецируют раз в три месяца (так что женщина не должна постоянно помнить о необходимости принимать его), и он почти так же эффективен, как комбинированные препараты. К недостаткам Depo-Provera следует отнести: возможность бесплодия после длительного применения и токсичность, установленную на животных; кроме того, имеются данные, что при длительном применении МПА может вызвать рак матки (Maine, 1978; Family Planning Perspectives, 1979). Однако при дальнейшем исследовании этого препарата не было обнаружено связи между МПА и какой-либо формой рака у человека (Liang et al., 1983; Rosenfield et al., 1983).

Большой интерес вызывают также различные нехирургические способы стерилизации женщин. Эти методы необратимы; они состоят в перекрывании маточных труб на участке их соединения с маткой. Через влагалище и цервикальный канал в матку с помощью специального инструмента вводят материал, вызывающий образование толстой рубцовой ткани в месте вхождения маточных труб; при этой операции нет необходимости делать разрез или применять наркоз. Эффективность данного метода изучается уже в течение 10 лет, однако полученные результаты неоднозначны.

Чем кончаются нежелательные беременности

Нежелательная беременность может закончиться либо рождением ребенка, либо абортом, либо выкидышем. Ниже приведены соответствующие данные для женщин США, относящихся к разным возрастным группам.

Интересно отметить, что процент женщин, решающихся на аборт, очень близок для всех возрастных групп в интервале от 15 до 34 лет.

Источник данных: J. Darroch Forest, Sushella Singh, "Public Sector Savings Resulting from Expenditures for Contraceptive Services", Family Planning Perspectives, v. 22, No. 1, 1990.

Возраст	Роды, %	Аборт, %	Выкидыш, %
15-19	41,7	45,4	12,9
20-24	44,8	42,0	13,2
25-29	43,5	43,5	13
30-34	45,0	41,8	13,2
35-39	38,0	49,5	12,5
40-44	17,3	72,0	10,7

Почему США отстают в разработке противозачаточных средств?

После того как в продаже появились противозачаточные таблетки и ВМС, в США не было создано ни одного действительно нового метода регуляции рождаемости. Более того, исследования, связанные с разработкой новых контрацептивов, замедлились. Некоторые причины этого изложены ниже.

Все крупные фармацевтические фирмы США, за исключением одной, прекратили научные исследования в области контрацепции вследствие предъявлявшихся им судебных исков (приводивших во многих случаях к многомиллионным штрафам) и очень сложной дорогостоящей процедуры испытания противозачаточных средств.

Поддержка со стороны различных фондов, которая традиционно была главным источником финансирования исследований в области контрацепции, за последнее десятилетие заметно сократилась, а государственное финансирование столь мало, что едва покрывает потери за счет инфляции.

Более активное участие частного капитала сдерживается экономическими факторами, поскольку рынок для удачной противозачаточной вакцины или таблетки, принимаемой один раз в месяц, не так велик, чтобы сулить большие прибыли.

Фармацевтические фирмы не решаются активно вступать на рынок противозачаточных средств, опасаясь политических и экономических акций со стороны противников аборта, в том числе бойкота со стороны потребителей.

Что можно сделать, чтобы изменить ситуацию? Помимо очевидной меры - увеличения числа грантов, предоставляемых федеральными властями и различными фондами для исследований в области контрацепции, Национальный совет по научным исследованиям в области медицины предложил два чрезвычайно важных шага (Mastroianni, Donaldson, Kane, 1990):

FDA следует упростить процедуру испытания новых противозачаточных средств и "быть готовым одобрить противозачаточный препарат или приспособление,если оно обеспечивает определенную безопасность для какой-то группы пользователей" даже при

условии, что его применение сопряжено с некоторым риском. Следует провести в жизнь новый федеральный закон об ответственности за продукт, который бы защищал производителей противозачаточных средств от уплаты больших сумм по искам в тех случаях, когда они выполняют все требования FDA, регламентирующие создание и проверку нового лекарственного препарата или приспособления, а их продукт снабжен соответствующими предупреждениями для потребителя. Сходный закон уже был принят с целью защиты производителей вакцин, предохраняющих детей от таких заболеваний, как корь или свинка. Но поскольку контрацепция - одна из жгучих политических проблем, маловероятно, что подобная мера может быть обеспечена в ближайшем будущем.

Специальное резюме общего доклада комитета заканчивалось словами: "Если не предпринять немедленных шагов к изменению существующей политики в этой области, выбор противозачаточных средств в США в следующем столетии не будет сколько-нибудь существенно отличаться от нынешнего" (Mastroianni, Donaldson, Kane, 1990). Такое положение вещей весьма печально для страны, которая гордится своими медицинскими и научными достижениями. Источник: Committee on Contraceptive Development, 1990; Mastroianni, Donaldson, Kane, 1990.

Выводы

Характеристика различных методов контрацепции, рассмотренных в этой главе, представлена в табл. 6.5.

Таблица 6.5

Характеристика различных методов контрацепции (по данным Hatcher et al., 1986; Jones, Forrest, 1989; Population Reports; research reviews)

Метод	Эффективность	Теоретическая частота неудач, %	Фактическая частота неудач, %	Достоинства	Недостатки
Оральные контрацептивы (комбинированные)	Чрезвычайно высокая	1	3-6	Высокая надежность; не мешает половому акту, некоторое благотворное воздействие на здоровье	Побочные действия; ежедневный прием; ощутимые расходы
ВМС	Тоже	1-3	5-6	Высокая надежность; не нужно постоянно помнить о необходимости применения	Спастические боли, кровотечения; возможно выпадение; риск урогенитальной инфекции
Презервативы и диафрагмы	Тоже	1	3-5	Высокая надежность без серьезного риска для здоровья	См. в тексте обсуждение презервативов и диафрагмы
Презервативы и пены	Тоже	1	3-5	Тоже	См. в тексте обсуждение

					презервативов и пенообразующих средств
Диафрагма + кремы или желе	От высокой до очень высокой	3	15-20	Без серьезного риска для здоровья; невысокая цена	Неэстетичность
Презерватив	Очень высокая	3	15	Защищает от болезней, передающихся половым путем; простота в применении; переносит ответственность на мужчину; имеется в свободной продаже; риск для здоровья отсутствует	Неэстетичность; нарушает естественность полового акта
Тампон	От высокой до очень высокой	3	15	Действует 24 ч; простота в применении; не имеет вкуса или запаха; невысокая цена; сохраняет эффективность при нескольких половых актах подряд	Неэстетичность
Шеечный колпачок	Высокая	3	10-20	Можно носить в течение нескольких недель; никак не влияет на половой акт; без серьезного риска для здоровья	Возможны затруднения при введении; может вызывать раздражение шейки матки
Спермициды	От низкой до приемлемой	3	10-20	Без серьезного риска для здоровья; имеются в свободной продаже	Неэстетичность для некоторых людей; требует аккуратного
Физиологический метод	Тоже	13	20-40	Не требует расходов; приемлем для католической церкви	Требует постоянного внимания и периодов воздержания; ненадежен
Прерванный половой акт	Приемлемая	9	20-25	Не требует расходов; никакого риска	Снижает сексуальное наслаждение;

				для здоровья	ненадежен
Спринцевание	Низкая	?	40+	Невысокая цена	Крайняя ненадежность
Кормление грудью	Низкая	15	50+	Не требует расходов; приемлем для католической церкви	Тоже
Вазэктомия	Чрезвычайно высокая	0,15	0,25	Постоянство и высокая надежность	Высокая стоимость; относительная необратимость; возможность осложнений
Перевязка маточных труб	Тоже	0,40	0,40	Тоже	Тоже

Вопросы для размышления

1. Изложите свои представления о том, каким должен быть идеальный противозачаточный метод. В чем состоит самый важный критерий? Каковы другие желательные качества? Существует ли метод, приближающийся к этому идеалу?

2. Относятся ли мужчины к применению противозачаточных мер с такой же ответственностью и аккуратностью, как женщины? Почему до сих пор создан лишь один надежный и обратимый способ мужской контрацепции (т.е. презерватив)?

3. ВМС представляет собой удобное и эффективное противозачаточное средство, безопасное для большинства женщин. Тем не менее известно, что многие фирмы не хотят заниматься продажей ВМС, опасаясь судебных исков. Справедливо ли это по отношению к американским женщинам? Как можно разрешить эту проблему? Не должна ли торговля следить за наличием на рынке противозачаточных средств, так же как она контролирует другие потребительские товары и услуги в нашем обществе?

4. Реагирует ли большинство мужчин и женщин отрицательно на применение презервативов? Можете ли вы посоветовать, как сделать презервативы более приемлемыми для тех, кто отказывается пользоваться ими?

5. Как вы полагаете, в какой степени (среди ваших друзей и знакомых) аборт используется как средство контроля над рождаемостью? Иными словами, насколько широко распространена практика отказа от противозачаточных средств просто потому, что "Ведь всегда можно сделать аборт"?

6. Считаете ли вы, что RU486 (таблетки, вызывающие аборт) следует легализовать в США (как это уже сделано в некоторых других странах)? Почему это надо, или не надо, делать?

II. РАЗВИТИЕ СЕКСУАЛЬНОСТИ

7 глава. Формирование сексуальности. Биологические аспекты

Половое развитие - сложный процесс, начинающийся с зачатия и продолжающийся на протяжении всей жизни человека. До рождения, в пренатальном периоде, половое развитие контролируется только биологическими механизмами. Но с того момента как врач скажет: "Это девочка" или "Это мальчик", на половое развитие начинают существенно влиять и психосоциальные факторы.

В настоящей главе мы рассматриваем проблему становления сексуальности с биологической точки зрения. Некоторые поведенческие аспекты анализируются в тех случаях, когда это помогает разъяснить биологические принципы, но более подробно данные вопросы обсуждаются в гл. 8.

Пренатальное развитие

Объединение генетического материала обоих родителей в момент зачатия дает начало процессу половой дифференцировки, который приводит к специфическим физическим различиям между мужчиной и женщиной. Процесс пренатальной половой дифференцировки контролируется преимущественно генетическими и гормональными механизмами. Мы рассмотрим эти механизмы в двух аспектах. Сначала остановимся на особенностях нормальной половой дифференцировки в пренатальном периоде, а затем перейдем к отдельным примерам измененного или аномального полового развития.

Половое развитие в пренатальный период

Во время оплодотворения, когда сперматозоид и яйцеклетка сливаются, образуя зиготу, запускается исходная программа половой дифференцировки. Напомним, что сперматозоиды могут нести как половую хромосому X, так и Y, тогда как яйцеклетка содержит только X-хромосому. После объединения 23 хромосом сперматозоида и 23 хромосом яйцеклетки в зиготе оказывается в общей сложности 46 хромосом. В норме хромосомный набор 46, XX служит генетическим кодом развития женской особи, а набор 46, XY программирует развитие мужской особи.

Несмотря на различие генетических кодов, развитие мужского и женского эмбрионов на протяжении первых недель с анатомической точки зрения происходит одинаково. На пятой и шестой неделе беременности формируются первичные половые железы, сначала в форме тканевой складки, а затем в виде более четко выраженных структур. На этой стадии гонады бипотенциальны, т.е. могут развиться в яички или яичники в зависимости от условий формирования (табл. 7.1).

Таблица 7.1

Гомологичные половые органы

Мужские	Женские

Яички	Яичники
Головка полового члена	Головка клитора
Тело полового члена	Тело клитора
Крайняя плоть	Крайняя плоть клитора
Мошонка	Большие половые губы
Нижняя поверхность полового члена	Малые половые губы
Куперовы железы	Бартолиновы железы

Примечание: Гомологичными называются структуры, которые развиваются из одной и той же эмбриональной ткани

В это же время у мужского и женского эмбрионов развиваются две первичные парные системы протоков: мюллеровы протоки и вольфовы протоки (рис. 7.1).

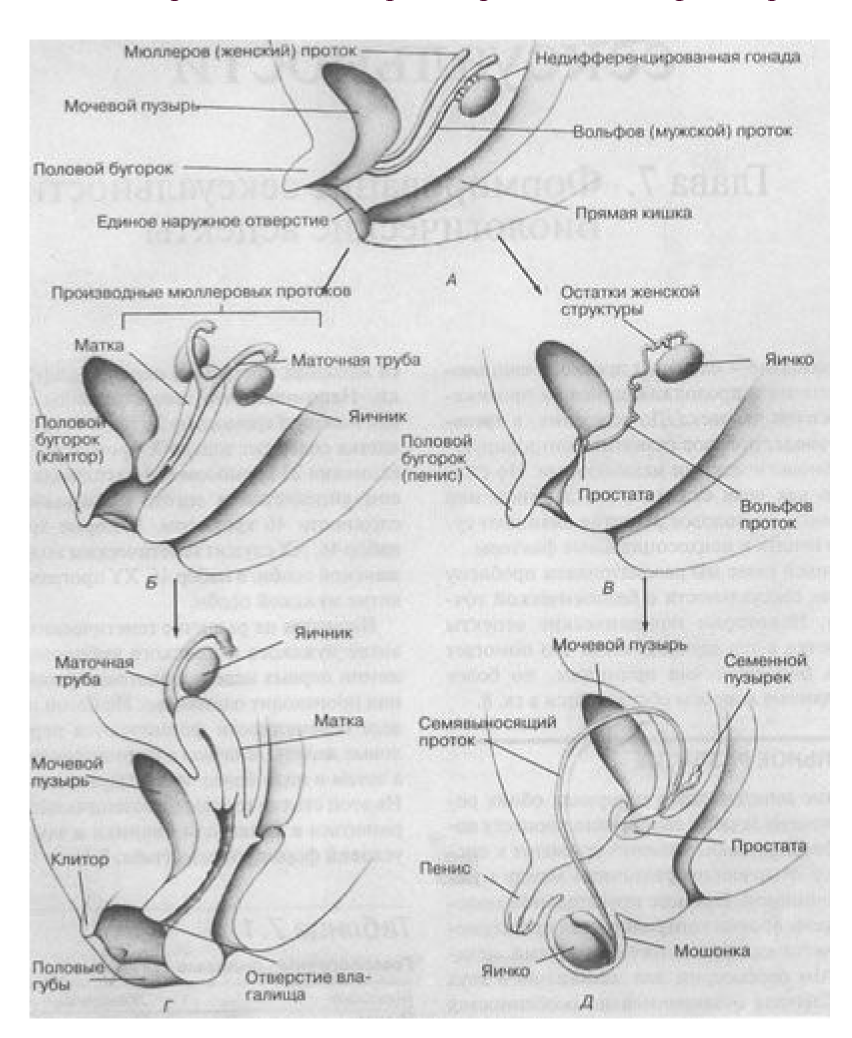


РИС. 7.1. Стадии дифференцировки внутренних половых органов

(А) Недифференцированная закладка в возрасте примерно 6-7нед. (Б) Состояние женских половых органов у 14-недельного плода. (В) Состояние мужских половых органов у 14-

недельного плода.(Г) Состояние женских половых органов у 40-недельного плода. (Д) Состояние мужских половых органов у 40-недельного плода.

Для развития яичек требуется дополнительная стадия генетической регуляции. Превращение примитивных гонад в яички начинается под действием антигена H-Y - химического соединения невыясненной природы, синтез которого детерминируется Y-хромосомой. В отсутствие этого фактора примитивные гонады всегда превращаются в яички.

Начиная с этого момента половая дифференцировка осуществляется на трех различных уровнях: внутренних половых структур, наружных гениталий и головного мозга, и контролируется преимущественно гормонами. Если в нужное время не образуется достаточного количества тестостерона, даже при хромосомном наборе 46, XY анатомическое развитие чаще идет по женскому нежели мужскому типу (Jost, 1953; Jost 1972; Money, Ehrhardt, 1972; Wilson, George, Guffin, 1981).

Внутренние половые органы

У эмбрионов мужского пола на восьмой неделе после зачатия только что сформировавшиеся яички начинают секретировать два разных вещества. Одно из них, называемое ингибитором мюллеровых протоков, вызывает их атрезию и практически полное исчезновение (вместо превращения в женские внутренние половые органы). Одновременно образуется тестостерон, который стимулирует развитие вольфовых протоков в эпидидимис, семявыносящие и семявыбрасывающие протоки, а также семенные пузырьки (рис. 7.1). В некоторых тканях тестостерон преобразуется в другое соединение - дигидротестостерон, стимулирующий развитие полового члена, мошонки и предстательной железы (Imperato-MeGinley, Peterson, 1976). Тестостерон и дигидротестостерон являются андрогенами, т.е. маскулинизирующими гормонами.

В отличие от мужчин половая дифференцировка у женщин не контролируется гормонами. Яичники обычно формируются примерно на двенадцатой неделе после зачатия, но даже если этого не происходит, мюллеровы протоки все равно развиваются в матку, маточные трубы и внутреннюю треть влагалища (Money, Ekrhardt, 1972). В отсутствие больших количеств тестостерона, который мог бы стимулировать сохранение вольфовых протоков, последние редуцируются и обнаруживаются у женщин в виде малозаметных остаточных образований. К четырнадцатой неделе развития мужские и женские эмбрионы имеют совершенно разные по строению внутренние половые органы (рис. 7.1,Б-В).

Наружные половые органы

На седьмой неделе внутриутробного развития наружные половые органы эмбрионов разного пола внешне не отличаются. В присутствии небольшого количества андрогенов у плодов женского пола на шестой-восьмой неделе формируются клитор, вульва и влагалище (рис. 7.2). У плодов мужского пола стимуляция андрогенами приводит к тому, что складки, которые у женских эмбрионов должны были бы превратиться в малые половые губы, формируют цилиндрическое тело полового члена. Половой бугорок, который у женщин развивается в клитор, у мужчин становится головкой члена. Выпячивание брюшной стенки дает начало большим половым губам у женщин и мошонке у мужчин.

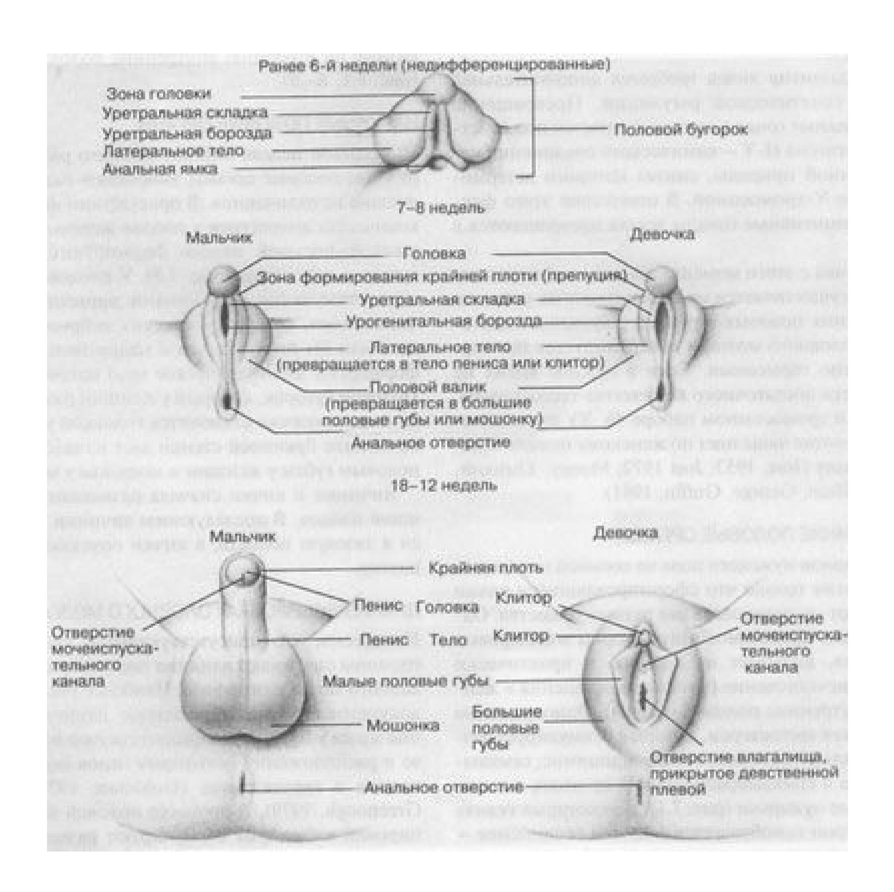


Рис. 7.2

Стадии дифференцировки наружных половых органов

Яичники и яички сначала развиваются в брюшине плодов. В последующем яичники смещаются в тазовую полость, а яички опускаются в мошонку.

Дифференцировка головного мозга

Интересно, что присутствующие в крови плода гормоны оказывают влияние также на развитие головного мозга и гипофиза. Наиболее убедительное документально подтвержденное различие строения мозга у мужчин и женщин состоит в количестве и расположении некоторых типов нервных синапсов в гипоталамусе (Goldman, 1978; Carter, Greenough, 1979). В процессе половой дифференцировки андрогены стимулируют развитие мозга как и других органов по мужскому типу. В отсутствие андрогенов мозг развивается по женскому типу (Plapinger, McEwen, 1978; McEwen, 1981; MacLusky, Naftolin, 1981). Гормональное программирование в пренатальном периоде определяет характер функционирования гипоталамуса и гипофиза в пубертате и после его завершения. В результате у девочек формируется система циклической продукции половых гормонов и менструальные циклы, а у мальчиков уровень продукции половых гормонов, достигнув определенного уровня, остается относительно постоянным. Фертильность женщин также носит циклический характер, тогда как у мужчин она постоянна. Действие гормонов на мозг в пренатальном периоде может также сказываться на поведении человека в зрелом возрасте, в том числе на его половом поведении и агрессивности, хотя природа таких эффектов остается невыясненной (Reinisch, 1974; Nutchinson, 1978; Rubin, Reinisch, Haskett, 1981).

Нарушения пренатальной дифференцировки

Имеются три основные причины нарушения пренатального полового развития: аномалии в составе половых хромосом и другие генетические расстройства, а также воздействие на плод лекарственных препаратов, используемых матерью. Полный перечень таких нарушений занял бы целую книгу, поэтому мы кратко рассмотрим лишь некоторые из них, иллюстрирующие важнейшие принципы полового развития. В суммарном виде они представлены в табл. 7.2.

Таблица 7.2

Нарушения пренатальной половой дифференцировки

Хромосомный набор	Половые железы	Наружные половые органы	Внутренние половые органы	Способность к оплодотворению	Замечания
Синдром Клайнфельтера 47, XXY	Яички	Мужские	Нормальные мужские	Бесплодие	Низкий уровень тестостерона (80%), обычна импотенция
Синдром Тернера 45, X0	Стрек (полоска соединительной ткани на месте неразвившегося яичника)	Женские	Матка и маточные трубы	Бесплодие	Отсутствие менструаций и недоразвитие грудных желез из-за недостатка эстрогенов
Истинный или гермафродитизм - 46, XY 46, XX	Яички и яичники	Вариабельные	Различные сочетания мужских и женских структур	В большинстве случаев бесплодие	Исключительно редкое расстройство
Псевдогермафродитизм женский, адреногенитальный синдром - 46, XX	Яичники	Неопределенно мужские	Нормальные женские	Имеется	Требует медикаментозного вмешательства и пластики наружных гениталий; девочки с мальчишескими ухватками; склонность к лесбиянству
Синдром	Крипторхиз	Женские	Отсутствуе	Бесплодие	Спонтанное

тестикулярной феминизации - 46, XY	м	(укороченное влагалище)	т матка и трубы, отсутствует простата		развитие молочных желез в пубертатном периоде в отсутствие менструаций, психосексуальная ориентация по женскому типу
Синдром Доминиканской республики - 46,XY	Крипторхизм	Неопределенно женские	Имеются семявыносящие протоки, придатки яичек и семенные пузырьки, но отсутствует простата	Имеется, но отсутствует способность к осеменению	В пубертатном периоде происходит понижение тембра голоса, мускулатура развивается по мужскому типу, продолжается рост полового члена, яички увеличиваются в размере и опускаются, формируется психоориентация по мужскому типу

Аномалии в составе половых хромосом

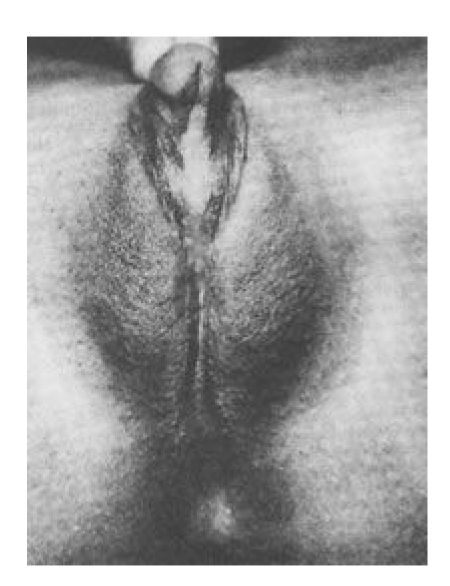
Как указывалось ранее, у человека имеется 46 хромосом, из которых две половые (XX или XY). В некоторых случаях человек рождается с лишними половыми хромосомами, а иногда одна из таких хромосом отсутствует. Это может сказываться на внешнем облике, состоянии здоровья и поведении человека. Ниже описаны два наиболее типичных заболевания, обусловленных аномалиями в хромосомном наборе.

Синдром Клайнфельтера - хромосомный набор 47, XXY. Частота такого расстройства составляет примерно один случай на 500 живых младенцев мужского пола, однако обычно оно выявляется лишь у взрослых мужчин. Присутствие добавочной X-хромосомы служит причиной изменений в микроскопическом строении яичек и отсутствия продукции спермы. Мужчины, страдающие этим расстройством, не способны к оплодотворению. Образование тестостерона обычно также нарушено. Внешний вид больных характерен:

они отличаются высоким ростом, слабым развитием мускулатуры и увеличенными грудными железами. Описанное состояние сопровождается слабым половым влечением и импотенцией, однако тяжесть этих симптомов можно ослабить регулярными инъекциями тестостерона (Kolodny, Masters, Johnson, 1979). Немалый интерес представляет наблюдение, согласно которому мужчины с синдромом Клайнфельтера отличаются пассивностью, отсутствием честолюбия и амбициозности, что может быть связано с недостаточностью тестостерона.

Синдром Тернера - хромосомный набор 45, X. Из-за отсутствия одной из X-хромосом у женщин с синдромом Тернера никогда не развиваются нормальные яичники. В то же время строение наружных гениталий остается нормальным. Наиболее типичные признаки синдрома Тернера, который встречается примерно у одной из 2500 родившихся живыми девочек, низкий рост, крыловидные складки кожи на шее, аменорея, бесплодие, а также нарушения внутренних органов, в том числе сердца и почек. В детском возрасте больные с синдромом Тернера развиваются нормально, однако в пубертатный период выявляются аменорея, недоразвитие молочных желез и низкий рост; все эти явления обусловлены нарушением функции яичников. Менструальные циклы и развитие молочных желез можно индуцировать гормональным лечением, однако в настоящее время не существует способов коррекции роста и бесплодия у женщин с синдромом Тернера.

Генетические расстройства



Женщина с нелеченым адреногенитальным синдромом. Данный запущенный случай заболевания характеризуется сращением половых губ и значительным увеличением клитора.

Истинный гермафродит - это лицо, у которого отрождения имеется как тестикулярная, так и яичниковая ткани. Некоторые гермафродиты имеют вполне сформировавшиеся яичко и яичник, половые железы других представлены недифференцированными яичниковой и тестикулярной тканями. У этих редких больных почти всегда присутствует матка. В одной половине тела может развиваться маточная труба, в другой - семявыносящий проток и/или придаток яичка, либо системы мужских и женских протоков имеются с обеих сторон. **Псевдогермафродиты (ложные гермафродиты)** рождаются с половыми железами, соответствующими набору половых хромосом, однако строение их наружных гениталий больше напоминает таковое у лиц противоположного пола. У женщин с псевдогермафродитизмом развиваются яичники, матка и маточные трубы при

хромосомном наборе 46, XX и маскулинизированных наружных гениталиях. Вид последних варьирует от слабого увеличения размеров клитора до пенисообразного фаллоса, а половые губы могут срастаться в подобие мошонки. Иногда развитие наружных половых органов по мужскому типу заходит настолько далеко, что врач неправильно определяет пол новорожденного младенца.

Наиболее частой причиной **женского ложного гермафродитизма** служит **адреногенитальный синдром** - наследственное расстройство, при котором в период внутриутробного развития образуется избыточное количество андрогенов. Новорожденные с таким нарушением выглядят как мальчики, но потенциально обладают фертильностью, поскольку их внутренние половые органы имеют типичное для женщин строение. Адекватная терапия в раннем детском возрасте обеспечивает коррекцию синтеза андрогенов надпочечниками, а пластическая операция позволяет правильно сформировать наружные половые органы.

Имеются сведения о том, что у девочек с адреногенитальным синдромом, которых начинают лечить в раннем возрасте, тем не менее формируются мальчишеские ухватки, в качестве партнеров для игр они выбирают мальчиков, а не девочек, не проявляют интереса к куклам, не любят наряжаться, не склонны имитировать в играх роли матери или жены (Money, Ehrhardt, 1972). (Разумеется, многие девочки без адреногенитального синдрома тоже больше любят лазать по деревьям и гонять мяч нежели играть в дочки-матери.) При всем том, девочки с адреногенитальным синдромом полностью сознают свою принадлежность к женскому полу. В подростковом возрасте интерес к лицам противоположного пола пробуждается у них позднее, чем обычно, нередко они испытывают трудности при установлении близких любовных отношений (Money, Schwartz, 1977). Имеются также сообщения о повышенной частоте бисексуальных и лесбийских связей при этом синдроме (Ehrhardt, Evers, Money 1968; Money, Schwartz, 1977). Неясно, однако, являются ли все эти отклонения результатом воздействия адрогенов на мозг в пренатальном периоде.

Лица с **мужским ложным гермафродитизмом** имеют хромосомный набор 46, XY и семенники, но наружные половые органы у них - женские. Это расстройство чаще всего принимает форму синдрома тестикулярной феминизации - наследственного заболевания, при котором ткани организма нечувствительны к тестостерону и другим адрогенам. Поэтому даже при нормальной продукции тестостерона процессы дифференцировки протекают как бы в отсутствие андрогенов. В результате формируются влагалище, клитор и половые губы. В то же время семенники плода синтезируют ингибитор мюллеровых протоков (он продолжает действовать при данном синдроме). В результате из них не развивается ни матка, ни маточные трубы, а влагалище укорочено и оканчивается слепым карманом.

Новорожденные с синдромом тестикулярной феминизации выглядят как обычные девочки (за исключением тех случаев, когда яички опускаются к половым губам или прощупываются в паху). Таких детей воспитывают как девочек; их физическое развитие также протекает по женскому типу. Обычно синдром диагностируется не раньше, чем в 16-летнем возрасте, когда врачи начинают выяснять причину отсутствия менструаций. Интересно, что в период пубертатного развития у больных формируются молочные железы благодаря превращению части тестостерона в эстрогены (что имеет место у всех мужчин). Несмотря на мужской хромосомный набор, наличие нормальных семенников и отсутствие матки и яичников, больные имеют женский фенотип и осознают себя женщинами (Money, Ehrhardt, 1972). Их половое поведение не отличается от поведения здоровых женщин, хотя способность к оплодотворению полностью отсутствует.

В случаях полной тестикулярной феминизации ребенок должен воспитываться как девочка, даже если при рождении поставлен правильный диагноз. Ни гормональная терапия, ни хирургическая операция не позволяют сформировать функционирующий половой член или изменить женскую внешность больного. Данный синдром резко отличается от другой формы мужского псевдогермафродитизма, описанной в дополнении "Наследственность или среда" (см. ниже). Их сравнение ставит ряд интригующих вопросов о роли гормонов в пренатальном развитии плода.

Действие лекарственных веществ на развивающийся плод

Гормоны, назначаемые беременным женщинам по медицинским показаниям, проникают через плаценту в кровяное русло развивающегося плода. Степень влияния гормональных препаратов на анатомические параметры половых органов зависит от того, в какой период внутриутробного развития плода и в какой дозировке их применяли. Андрогены могут увеличивать клитор до размеров, которые отмечаются при АГС, а синтетические женские половые гормоны способны вызывать нарушения развития полового члена (Aarskog, 1979). В настоящее время внимание исследователей сосредоточено на поведении детей, которые подвергались воздействию гормонов в пренатальный период.

В одном из сообщений отмечается слабая выраженность мужского полового поведения, отсутствие настойчивости и плохие физические данные у мальчиков-подростков, которые родились от больных диабетом женщин, принимавших во время беременности эстрогены и прогестерон (Yalom, Green, Fisk, 1973). В другом исследовании юноши в возрасте 16-19 лет, матери которых во время беременности получали высокие дозы прогестерона, характеризовались пониженной физической и сексуальной активностью по сравнению с другими юношами сопоставимого возраста (Zussman, Zussman, Dalton, 1975, 1977). Подростки, принимавшие гормональные препараты в низких дозах, таких отклонений не имели (Meyer-Bahlburg, 1978). У девочек, которые в пренатальном периоде испытали воздействие эстрогенов и прогестерона, отмечали некоторое усиление признаков феминизации (Ehrhardt, Gusanti, Meyer-Bahlburg, 1977).

Результаты этих исследований нельзя считать окончательными. Тем не менее они свидетельствуют о возможности отсроченного эффекта гормонов, применяемых в период внутриутробного развития на поведение в более позднем возрасте. Значимость таких пренатальных воздействий остается предметом дискуссий (Ehrhardt, Meyer-Bahlburg, 1981; Rubin, Reinisch, Haskett, 1981).

Младенчество и детство



В 12-летнем возрасте девочки обычно выше мальчиков благодаря более раннему "рывку" роста.

Половое развитие человека определяется биологическими и социальными факторами. Считается, что после рождения последние играют все большую роль. Однако нельзя полностью разделить влияние наследственности и среды на сексуальность человека. Например, младенец "узнает" о физических ощущениях в разных частях собственного тела, но такого рода обучение невозможно без соответствующих биологических механизмов. При любом способе приобретения знаний события и их смысл должны отложиться в мозге, где, как полагают, они кодируются и хранятся в химической форме (Money, 1980; Pursons, 1980). Каждый человек растет и изменяется на протяжении жизни в соответствии с особенностями взаимодействия между его биологической природой и приобретаемым опытом.

Уже на протяжении первого года жизни у ребенка, как это ни удивительно, имеется полный набор сексуальных реакций. Кинзи с соавторами наблюдали оргазм во время мастурбации у девяти мальчиков первого года жизни. Ими было отмечено "появление ритмических движений тела с выраженными биениями и толчками пениса, явным изменением сенсорных ощущений, завершающим мышечным напряжением... неожиданным расслаблением и последующим исчезновением симптомов" (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948). Оргазм наблюдали также у девочек в младенческом и детском возрасте (Kinsey et al., 1953; Bakwin, 1974). Хотя у мальчиков до наступления полового созревания отсутствует эякуляция, все остальные сексуальные реакции проявляются, начиная с младенческого возраста.

Гормональный статус маленьких мальчиков и девочек существенно не отличается. В детстве половые железы функционируют относительно слабо, и основными источниками тестостерона и эстрогенов служат надпочечники. Ввиду их сходства у детей разного пола продукция гормонов также одинакова. Гипофиз в это время еще неактивен с точки зрения его влияния на половую функцию, поскольку не получает соответствующих сигналов из гипоталамуса.

Приблизительно у 3% новорожденных мальчиков (и у 30% преждевременно родившихся) яички не опускаются в мошонку и называются крипторхидными (скрытыми). В большинстве случаев опускание происходит спонтанно в течение первых месяцев жизни.

Если этого не происходит, назначают гормональную терапию или хирургическую коррекцию, так как длительная задержка одного или обоих яичек в брюшной полости может привести к нарушению их способности производить сперму и создает опасность возникновения рака (Lattimeretal., 1974).

Пубертатный период

Пубертатный период, или период полового созревания - это время, когда в физическом состоянии подростка происходят резкие изменения, в частности "рывок роста", формирование вторичных половых признаков; у девочек появляются менструации (менархе), у мальчиков - способность к эякуляции. Кроме того, этот период характеризуется важными изменениями в психике.

Некоторые полагают, что половая зрелость развивается за ночь. Как выразился некий школьник: "Однажды утром вы просыпаетесь с прыщами". На самом же деле, процесс полового созревания длится от полутора до шести лет (Grumbach, 1980). Физические изменения, которые происходят в течение пубертатного периода, закладываются еще до рождения, когда будущая функция гипоталамуса и гипофиза программируется гормонами, чтобы "пробудиться" через много лет.

Физические рост и развитие

Изменения размеров тела

Наверное каждый может припомнить знакомого мальчика, который, уехав на летние каникулы, вернулся сильно подросшим. Ни солнце, ни занятия спортом, ни жизнь на свежем воздухе здесь ни при чем. Подростковый рывок роста происходит благодаря усилению продукции половых гормонов.

У девочек этот рывок наблюдается обычно двумя годами раньше (~ в 12 лет), чем у мальчиков (~ в 14 лет) (Marshall, 1977). В результате девочки 11-14 лет, как правило, заметно выше мальчиков того же возраста (вспомните школьные вечера семиклассников, где девушки нависают над своими партнерами, особенно если носят туфли на каблуках). Неловкость, которую испытывают мальчики, обычно проходит уже в середине подросткового периода, когда они догоняют по росту своих подружек, а потом становятся выше их.

Подростковый рывок роста не всегда равномерно затрагивает все части тела. Так, например, рост стопы обычно месяца на четыре опережает рост голени, поэтому стопа подростка кажется непропорционально большой (Marshall, 1975). Некоторых подростков это расстраивает, так как они не понимают, что пропорции их тела впоследствии станут более гармоничными.

Корреляция между "ранним" рывком роста и окончательным ростом взрослого человека отсутствует (что отчасти обусловлено особенностями генетической регуляции). Это обстоятельство должно служить утешением для подростков, которых за их маленький рост одноклассники дразнят "малявками": к 16 или 17 годам такой "малявка" может догнать по росту своих сверстников и даже перегнать их.

Половое созревание у девочек

Первым признаком полового созревания у девочек служит развитие молочных желез, которое может начаться в период от 8 до 13 лет. В самом начале роста желез они имеют вид небольших возвышений ("грудных почек"), но постепенно сосок и околососковый кружок увеличиваются в размерах, а выпуклость груди становится более заметной (рис. 7.3). У некоторых девочек молочные железы полностью развиваются уже к 12-летнему возрасту, тогда как у других это происходит к 19 годам и даже позднее. Рост молочных желез контролируется уровнем эстрогенов и наследственными факторами.

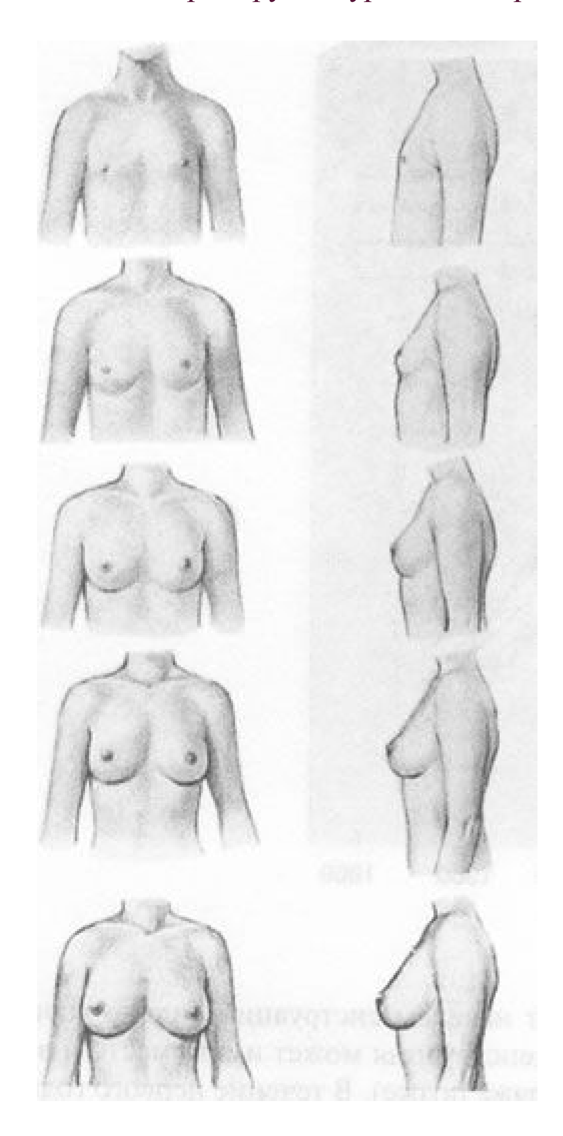


Рис. 7.3

Стадии развития молочных желез в период полового созревания

Вскоре после начала роста молочных желез появляются волосы на лобке (сначала редкие и слабо пигментированные, затем темные, жесткие и волнистые). К этому времени влагалище удлиняется, а матка увеличивается. Менструации обычно начинаются к моменту завершения формирования молочных желез и почти всегда - после максимального рывка роста (Marshall, Tanner, 1969).

В Соединенных Штатах первые менструации у белых и афроамериканок регистрируются при среднем возрасте соответственно 12,8 и 12,5 лет. Интересно, что сто лет назад первые менструации появлялись обычно в возрасте 16 лет или старше. С тех пор возраст менархе непрерывно уменьшался каждое десятилетие (Zucharias, Wurtman, 1969) (рис. 7.4). Сроки

менархе зависят от социально-экономических, климатических и наследственных факторов, размера семьи и характера питания. В последние годы указанная тенденция к снижению возраста менархе стала менее заметной, возможно, вследствие более унифицированного режима питания.

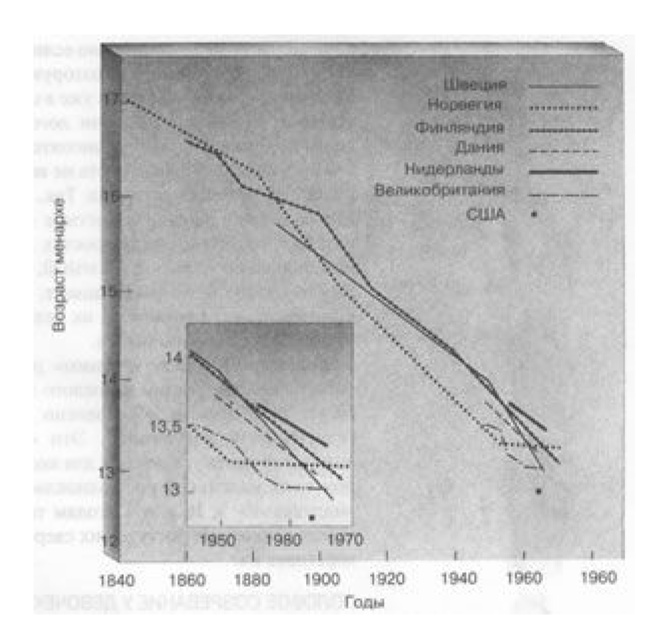


Рис. 7.4

Снижение возраста менархе в разных странах

Согласно одной из гипотез, менархе имеет место только после накопления в организме определенного минимального количества жировых отложений (в процентах) (Frish, McArthur, 1974). Это наблюдение подтверждается тем, что у бегуний на длинные дистанции и балерин наступление менструаций задерживается или они полностью прекращаются в периоды интенсивных нагрузок (Frish, Vincent, 1980).

Возраст начала менструаций сильно варьирует (первая менструация может иметь место и в 8, и в 16 лет, и даже позже). В течение первого года менструации зачастую носят нерегулярный характер, а овуляция обычно отсутствует. Возможна, однако, овуляция и в самом первом менструальном цикле, поэтому при половом сношении между подростками необходимо применять противозачаточные средства.

Другой обычно обсуждаемый аспект полового созревания девочек состоит в усилении влагалищной секреции вследствие изменения гормонального статуса. Половое возбуждение независимо от вызывающих его причин: сексуальных фантазий, чтения эротической литературы или реальной половой активности, влечет за собой повышенную влагалищную секрецию. Однако оно может происходить и спонтанно, безотносительно к сексуальным мыслям или активности. Ощущение увлажнения влагалища может казаться девочке-подростку приятным, но может вызывать чувство стыда или тревогу.

Половое созревание у мальчиков

Внешние признаки начала полового созревания у мальчиков, которое также находится под гормональным контролем, обычно появляются на год или два позднее, чем у девочек. Самый ранний из них - увеличение размера яичек в результате стимулирующего действия ЛГ и последующей продукции тестостерона. Увеличение концентрации последнего также

стимулирует рост полового члена и придаточных органов мужской репродуктивной системы (предстательной железы, семенных пузырьков и придатков семенников). Эякуляция до полового созревания отсутствует, так как семенные пузырьки начинают функционировать только после получения надлежащих гормональных сигналов.

Развитие гениталий у мальчиков начинается приблизительно в 11,6 лет, а их размеры и форма соответствуют таковым у взрослых мужчин в возрасте 14,9 лет (Marshall, Tanner, 1970) (рис. 7.5). У некоторых мальчиков процесс развития гениталий характеризуется высокой скоростью (занимает около года), тогда как у других он может продолжаться до 5,5 лет (Tanner, 1974). Образование спермы начинается в детском возрасте и становится постоянным в период полового созревания, когда формируется способность к оплодотворению.

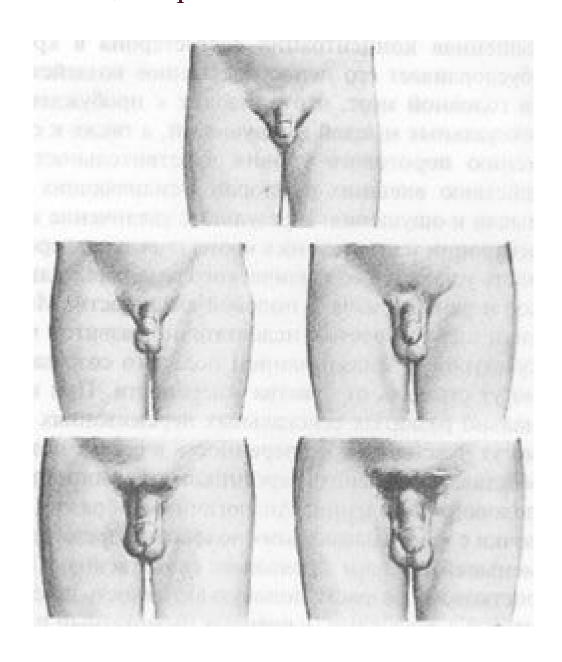


Рис. 7.5

Развитие мужских наружных половых органов в период полового созревания

В процессе полового созревания у мальчиков отсутствует явление, аналогичное менархе, однако ночные эякуляции, по-видимому, имеют столь же важное психологическое значение. Кинзи с соавт. (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948) наблюдали этот феномен у четверти обследованных 14-летних и почти у трети 17-летних подростков. Тем не менее многим вступающим в пубертатный возраст мальчикам ничего не рассказывают о ночных эякуляциях (поллюциях), и они вызывают у них удивление и даже испуг. Подобно тому, как девочки, которых не предупредили о возможном начале менструальных кровотечений, могут воспринимать их как признак болезни, мальчики, просыпаясь ночью в чем-то влажном и липком, также начинают беспокоиться, подозревая наличие у себя заболевания или травмы. Даже будучи осведомленными о таких явлениях, многие мальчики в период полового созревания "скрывают улики" в виде испачканной простыни или пижамы, стесняясь расспросов родителей.

Рост волос на лобке начинается одновременно с развитием наружных гениталий. Спустя год или два обычно начинается рост волос на лице - важное событие, поскольку ранние признаки полового созревания у мальчиков, как правило, не так хорошо заметны, как рост молочных желез у девочек, тогда как появление бороды служит явным доказательством "превращения в мужчину". Волосы на лице начинают расти в уголках верхней губы и

первое время имеют вид нежного пуха. Позднее они распространяются на всю поверхность губы, образуя более жесткие усы. Затем волосы появляются на скулах и под нижней губой и в последнюю очередь - на подбородке. Одновременно происходит рост волос на теле. Рост волос на груди потом продолжается в течение еще десятка или более лет.

Степень оволосения лица и тела у обоих полов контролируется генетическими факторами и гормонами. Этим объясняется, почему у одних людей волос больше, а у других меньше. Оволосение служит причиной страдания многих женщин, которые сравнивают себя с фотомоделями из журналов "Плейбой" или "Мода". Скудная растительность на лице и на теле очень огорчает мужчин, рассматривающих изображения секс-символов с пышными усами и заросшей грудью в разнообразных рекламных изданиях.

Другим изменением в процессе полового созревания является понижение тембра голоса, которое вызвано стимулирующим действием тестостерона на ткани гортани. По мере формирования гортани мальчики переживают весьма неудобный период ломки голоса, когда он становится резким и пронзительным, что может смущать подростка. Подобно возрасту наступления менструаций, возраст, в котором происходит ломка голоса, также уменьшился в среднем с 18 лет в 1749 г. до 13,5 лет в настоящее время (Grumbach, 1980). В период полового созревания у мальчиков нередко отмечается временное увеличение молочных желез (гинекомастия), однако в большинстве случаев это явление прекращается спустя год или два после его начала.

Неодинаковый характер гормональной продукции у подростков разного пола служит причиной различной формы тела мальчиков и девочек. Например, в возрасте 17-18 лет юноши выглядят более подтянутыми и мускулистыми, чем девушки. Это связано с тем, что эстрогены вызывают накопление подкожного жира, тогда как тестостерон стимулирует мышечный рост. Мужчины и женщины отличаются также по строению таза: у женщин он шире, что необходимо для благополучного изгнания плода при родах.

Гормоны пубертатного периода и сексуальность

Нарастающая продукция гормонов в период полового созревания способствует пробуждению сексуальных ощущений, эротических мыслей и фантазий как у мальчиков, так и у девочек. Джон Мани следующим образом описывает роль гормонов: "Правильно понять роль гормонов в пубертатном периоде можно сравнив их с газом, заполняющим аэростат. Он приводит летательный аппарат в состояние готовности, но не снабжает его двигателем и не задает маршрут полета" (Money, 1980).

Связь между гормонами пубертатного периода и половым поведением проявляется в том, что при "позднем" половом созревании мальчиков (в возрасте 15-16 лет) половая активность в подростковом возрасте развивается с запозданием и выражена слабее, чем при раннем половом созревании в возрасте около 12 или 13 лет (это относится и к мастурбации, и к половым сношениям). На это было указано Кинзи с сотр. (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948), и мы имеем ряд предварительных данных, подтверждающих это наблюдение. Если, например, у мальчика в пубертатном периоде увеличивается секреция тестостерона и, как следствие, возрастают частота и сила эрекции, это может способствовать усилению сексуальных переживаний. Повышенная концентрация тестостерона в крови обусловливает его непосредственное воздействие на головной мозг, что приводит к пробуждению сексуальных мыслей и ощущений, а также к снижению порогового уровня чувствительности к действию внешних факторов, усиливающих эти мысли и ощущения. В результате увеличение концентрации тестостерона в крови

повышает вероятность ускоренного физического развития мальчиков и раннего начала половой активности. Мальчики низкого роста с недостаточно развитой мускулатурой и запаздыванием полового созревания могут страдать от чувства ущербности. При нормально развитых сексуальных переживаниях они могут чувствовать неуверенность в себе и потому "отставать" от своих сверстников в формировании полового поведения. Аналогичным образом, девочки с "запаздывающим" половым созреванием в меньшей степени проявляют свойственную подростковому возрасту половую активность по сравнению с девочками, у которых пубертатный период завершается в возрасте 12 или 13 лет. Пониженная частота или поздние сроки наступления половой активности могут быть обусловлены чисто психологическими или социальными факторами (в частности, физически слабо развитые девушки в сексуальном плане могут страдать повышенной робостью и застенчивостью). Масштабное исследование, проведенное в странах с разными культурными традициями, выявило сходную картину: девочки с рано начавшимися менструациями раньше вступают в половые сношения и рожают по сравнению с девочками с более поздними сроками менархе (Udry, Cliquet, 1982).

Если в норме имеется связь между половой активностью и сроками полового созревания, то в случае пубертатных изменений, происходящих до 9-летнего возраста (при так называемом преждевременном половом созревании), сопутствующие изменения полового поведения обычно отсутствуют (Kolodny, Mastens, Johnson, 1979). Это может быть связано с тем, что сама по себе гормональная стимуляция недостаточна для инициирования новых черт поведения, если не приходится на состояние психосексуальной готовности, которого ребенок еще попросту не достиг.

Наследственность или среда?

Уже много лет не утихают споры о том, что в большей степени влияет на развитие человека: его наследственная природа или воспитание и среда? Сложность этой проблемы можно проиллюстрировать на примере двух неординарных ситуаций.

Случай, описанный Джоном Мани в 1975 г., широко известен (Money, Ehrhardt 1972; Money, 1975). Ошибка хирурга во время обрезания у двух 7-месячных однояйцовых близнецов повлекла за собой утрату пениса одним из них. После мучительных раздумий и многочисленных консультаций со специалистами университета Джона Гопкинса было принято решение воспитывать ребенка как девочку. В возрасте 17 месяцев пострадавшему поменяли имя, одежду, прическу, а спустя еще 4 месяца была проведена первая из серии хирургических операций с целью пластики наружных гениталий по женскому типу.

Членам семьи были даны необходимые рекомендации относительно наилучшего способа действий при такой переделке пола.

Зная, что оба ребенка имеют биологический мужской пол, родители приложили немало усилий, чтобы относиться к близнецам как к сыну и дочери. В результате "дочь" действительно стала предпочитать платья брюкам и проявлять другие женские признаки поведения, например склонность к аккуратности. Однажды, когда близнецам было по 4,5 года, мать заметила: "Меня поражает, что дочь столь женственна... Она просто обожает делать прически. Она готова весь день сидеть под сушилкой, чтобы иметь красивую головку" (Money, 1975). Близнецы воспитывались в условиях, стимулирующих развитие традиционного игрового поведения: "девочке" для игр предлагались куклы, мальчику - машины и инструменты. Дети по-разному имитировали поведение родителей: сын подражал отцу, а дочь - матери. Согласно Мани, у этих двух детей сформировалась нормальная (и разная) половая самоидентификация, хотя по набору хромосом,

анатомическим признакам и характеру гормональной секреции в период пренатального развития и в течение первых 7 месяцев постнатальной жизни они не отличались.

Однако впоследствии дело приняло неожиданный оборот, и принадлежность "девочки" к женскому полу оказалась не столь очевидной. В подростковом возрасте ребенок стал мало походить на девочку как внешне, так и по поведению, вызывая насмешки одноклассников (Diamond, 1982). О дальнейшем психополовом развитии этого ребенка сведений пока нет. Трудности, с которыми он сталкивался в подростковом возрасте, возможно, отражают необходимость более эффективной заместительной эстрогенотерапии. Во всяком случае сейчас трудно использовать этот случай в качестве доказательства преимущественной роли обучения в формировании половой самоидентификации.

Проанализируем результаты другого исследования. В 1974 г. в четырех деревнях Доминиканской республики были выявлены 38 лиц с мужским псевдогермафродитизмом. Несмотря на наличие нормального для мужчин набора половых хромосом, наследственная устойчивость клеток к мужским половым гормонам привела к неправильному формированию наружных гениталий на фоне нормальной продукции тестостерона в пренатальном периоде. У обследованных были обнаружены совершенно нормальные семенники; при этом неполностью сформировавшаяся мошонка внешне выглядела как половые губы, а очень маленький половой член напоминал клитор; частично сформировалось влагалище. По этой причине многие из них воспитывались как женщины. В последующем, в пубертатном периоде, началась нормальная продукция мужских половых гормонов и появились явно мужские признаки. Голос стал ниже, мускулатура развивалась по мужскому типу, "клитор" превратился в пенис, а яички опустились в мошонку. Появилась нормальная эрекция, стало возможным половое сношение.

Среди 18 мальчиков с мужским генотипом, которые воспитывались как девочки, 17 в конечном счете ощутили себя мужчинами, а у 16 из 18 в течение пубертатного периода или после него произошел сдвиг к мужской форме поведения (Imperato-McGinley et al., 1979). Авторы описанного исследования полагают, что полученные ими результаты дают основание для следующего вывода: если половое воспитание не соответствует биологическому полу, последний в конце концов будет играть определяющую роль, при условии что в пубертатном периоде имеет место нормальная продукция соответствующих гормонов. Пока все это звучит достаточно понятно и убедительно. Биологические факторы, очевидно, более важны, чем приобретенный опыт, поскольку "девочки" легко расстаются с половой ролью, которую им навязывали в течение первых 10-12 лет жизни. Однако более пристальный анализ причин, обусловливающих такую перемену, может привести и к иному выводу.

Прежде всего, в вышеуказанных сельских районах девочки по достижении 7-летнего возраста обязаны выполнять домашнюю работу, тогда как мальчики "имеют полную свободу, чтобы играть и повесничать". В 11-12 лет мальчики могут посещать кабачки или петушиные бои, тогда как девочкам это не разрешается. Взрослые женщины тоже практически не выходят из дома, ожидая мужей, которые вольны развлекаться и пользоваться услугами проституток. Не есте-ственнно ли для подростка, имеющего выбор, в условиях таких ограничений стремиться стать свободным, ищущим удовольствий мужчиной? Кроме того, люди обычно составляют представление о себе на основании реальных физических особенностей собственного тела. Замечая увеличение полового члена и формирование мошонки, а также зная, что подобное уже случалось в его деревне, подросток скорее всего выберет для себя роль мужчины. Если бы он даже продолжал довольствоваться положением женщины, ему было бы трудно привлечь внимание мужчины-партнера. Таким образом, данное исследование не дает весомых

аргументов в споре "наследственность или среда". Единственный вывод, который можно сделать при рассмотрении описанных ситуаций, заключается в том, что половое развитие определяется взаимодействием биологических и социальных факторов.

Выводы

1. Половое развитие начинается еще до рождения и продолжается на протяжении всей жизни. Половые хромосомы (XY у мужчин; XX у женщин) обеспечивают генетическое программирование половой дифференцировки.

2. Рост яичек начинается примерно с шестой недели после зачатия. Затем яички продуцируют тестостерон (он стимулирует рост вольфовых протоков) и вещество, ингибирующее развитие мюллеровых протоков и вызывающее атрофию структур, которые могли бы развиться в женскую половую систему. Для нормальной половой дифференцировки по мужскому типу необходимо, чтобы тестостерон и детерминирующий фактор яичек присутствовали в нужных количествах на определенном этапе развития организма.

3. Для половой дифференцировки по женскому типу не требуется гормональная стимуляция. Яичники развиваются в течение двенадцатой недели беременности. Мюллеровы протоки дают начало матке, маточным трубам и верхней трети влагалища.

4. Пренатальная половая дифференцировка у обоих полов затрагивает всю репродуктивную систему и определенные структуры головного мозга.

5. К числу нарушений полового развития в пренатальном периоде относятся хромосомные расстройства (47, XXY - синдром Клайнфельтера, 45, X0 - синдром Тернера), мужской и женский ложный гермафродитизм (в частности адреногенитальный синдром и синдром тестикулярной феминизации) и расстройства, обусловленные применением гормональных средств во время беременности.

6. Свойственные мужчинам и женщинам половые рефлексы имеются уже в младенческом и детском возрасте, за исключением эякуляции у мальчиков. Уровень половых гормонов в этом возрасте невысок.

7. Во время полового созревания усиливается образование половых гормонов, происходит рывок роста, окончательное формирование внутренних половых органов и наружных гениталий, развитие вторичных половых признаков. У девочек начинаются менструации, рост молочных желез и лобковых волос. У мальчиков появляется способность к эякуляции, понижается тембр голоса, начинается рост волос на теле и лице, происходит формирование мышечной массы. Сроки и продолжительность полового созревания сильно варьируют.

Вопросы для размышления

1. Родители однояйцовых мальчиков-близнецов после квалифицированной консультации по поводу травмы одного из детей, решили изменить его половую принадлежность. Они посчитали более целесообразным воспитывать этого ребенка как девочку (осознавая, что ни хирургические операции, ни гормональная терапия не сделают ее способной к деторождению), нежели иметь мальчика без полового члена. Отвлекаясь от исхода данного случая, согласны ли вы с мотивировкой такого решения? Почему да или нет? С

какими проблемами пришлось бы столкнуться родителям и ребенку, если бы последний воспитывался как мальчик без полового члена?

2. Современное общество в целом с сочувствием относится к детям с врожденными дефектами, однако аномалии половых органов все еще считаются постыдными. Согласны ли вы с таким отношением и, если да, чем вы его объясняете?

3. Дети с врожденным синдромом Доминиканской республики изменяют свою половую принадлежность с женской на мужскую с началом роста полового члена в период полового созревания. Чем это можно объяснить, учитывая, что обычно лица с ложным гермафродитизмом склонны сохранять принадлежность к полу, в котором они воспитаны, независимо от характера физических изменений в результате полового созревания?

4. Если бы вам стало известно, что ваша внешне нормальная подруга или любовница имеет хромосомный набор XY и страдает синдромом тестикулярной феминизации, изменилось бы ваше отношение к ней?

5. Каковы обычные ощущения девочки при первом появлении менструаций? Как себя чувствуют мальчики, впервые испытавшие поллюции? Как должны реагировать родители на признаки таких явлений?

6. Какие выводы можно сделать из факта влияния половых гормонов на дифференцировку мозга? Почему оно предполагает разное анатомическое строение мозга мужчин и женщин?

Глава 8. Детская сексуальность.

Попытки понять формирование сексуальности, анализируя этот феномен только с биологических позиций, обречены на провал. Это все равно что пытаться понять музыку, рассматривая ее лишь как набор звуковых волн: в обоих случаях вы получаете достоверную, но неполную информацию. В качестве пополнения к данным по биологии пола в настоящей главе рассматриваются психологические и социальные факторы, влияющие на сексуальное развитие в детском возрасте.

Половая самоидентификация

В предыдущей главе мы показали, что с биологической точки зрения пол любого человека определяется набором половых хромосом, половыми гормонами, анатомическим строением половых органов (наружных и внутренних) и вторичными половыми признаками. Эти биологические факторы принадлежности к мужскому или женскому полу тесно связаны с психологическими и социальными факторами, действие которых начинается сразу после рождения и сохраняется на протяжении остальной жизни. Половая самоидентификация (половая принадлежность) - это индивидуальное, личностное ощущение себя мужчиной или женщиной. Напротив, половая роль есть индивидуальное проявление принадлежности к мужскому или женскому полу в социальной обстановке. Более подробному обсуждению половой роли посвящена гл. 11.

Формирование половой самоидентификации начинается в раннем детском возрасте и оказывает разностороннее влияние на половое развитие. Как указывалось в предыдущей главе, существует известное расхождение во мнениях относительно факторов, участвующих в формировании половой самоидентификации. Ниже кратко рассматриваются некоторые из существующих точек зрения.

Теория обучения

Согласно теории обучения, осознание половой принадлежности формируется в процессе подражания моделям индивидуального поведения и под влиянием культурной среды, окружающей ребенка. В самом раннем возрасте ребенок наблюдает и пытается имитировать поведение родителей. Он привыкает воспроизводить поведение родителя одноименного пола, поскольку именно такая имитация вознаграждается. Кроме того, известно, что с момента рождения родители по-разному относятся к девочкам и мальчикам, так как по-разному представляют себе их будущее. Этот процесс называется дифференцированной социализацией и, как полагают, оказывает воздействие на формирование и половой самоидентификации, и половой роли (Kagan 1976, Petersen 1980).

Теория познания в процессе развития

Согласно этой теории, половая самоидентификация формируется параллельно интеллектуальному развитию ребенка (Kohlberg, 1966). Очень маленькие дети имеют чрезмерно упрощенное представление о поле, которое соответствует их упрощенному взгляду на мир в целом. Трехлетний ребенок верит, что в телевизоре сидит настоящий дядя, а чтобы мужчине превратиться в женщину достаточно надеть парик или платье. Если спросить трехлетнюю девочку, кем она хочет стать, когда вырастет, можно получить в ответ: "папой". Лишь в возрасте 5-6 лет, когда дети убеждаются в постоянстве половой

принадлежности, они начинают стойко идентифицировать себя существами того или иного пола. Наблюдая за взрослыми, они делают вывод, что мужчинам и женщинам свойствен разный тип поведения. Теория познания в процессе развития, в отличие от теории обучения, предполагает, что ребенок имитирует поведение взрослых не ради награды, а для того, чтобы ощутить себя существом того или иного пола (Kaplan, Sedney, 1980).

Взаимодействие биологических и социальных факторов

Многие исследователи полагают, что половая самоидентификация у ребенка представляет собой результат взаимодействия биологических и психосоциальных факторов. Иными словами, на развитие сексуальности в детском и подростковом возрасте влияют и программирование в пренатальном периоде, и психические особенности, и принятые нормы поведения. Мнения ученых относительно важности пренатального программирования для формирования половой самоидентификации расходятся. Милтон Даймонд считает, что в пренатальном периоде гормоны обусловливают половые различия в мозге, которые являются важными детерминантами будущего поведения (Diamond, 1977). Джон Мани и его сотрудники, не отрицая пренатального программирования половых различий, настаивают на том, что у большинства людей половая самоидентификация формируется главным образом в процессе воспитания (Money, Ehrhadt, 1972; Money, 1980; Money, Wiedeking, 1980). Основные факторы, влияющие, по мнению этих авторов, в разные периоды развития на осознание себя существом того или иного пола, представлены в обобщенном виде на рис. 8.1. Сторонники биосоциальной теории выделяют в процессе полового развития несколько критических периодов. Исходя из наличия критического периода в действии андрогенов во время внутриутробного развития (между 7 и 14 неделями беременности, см. гл. 7), Мани постулирует критический период для формирования половой принадлежности. Вместе со своими сотрудниками он установил, что в большинстве случаев наиболее существенный компонент половой самоидентификации - стойкое ощущение себя мальчиком или девочкой - формируется к третьему году жизни. После этого все пути назад отрезаны, и любые попытки изменить половую ориентацию ребенка чреваты серьезными психологическими осложнениями.

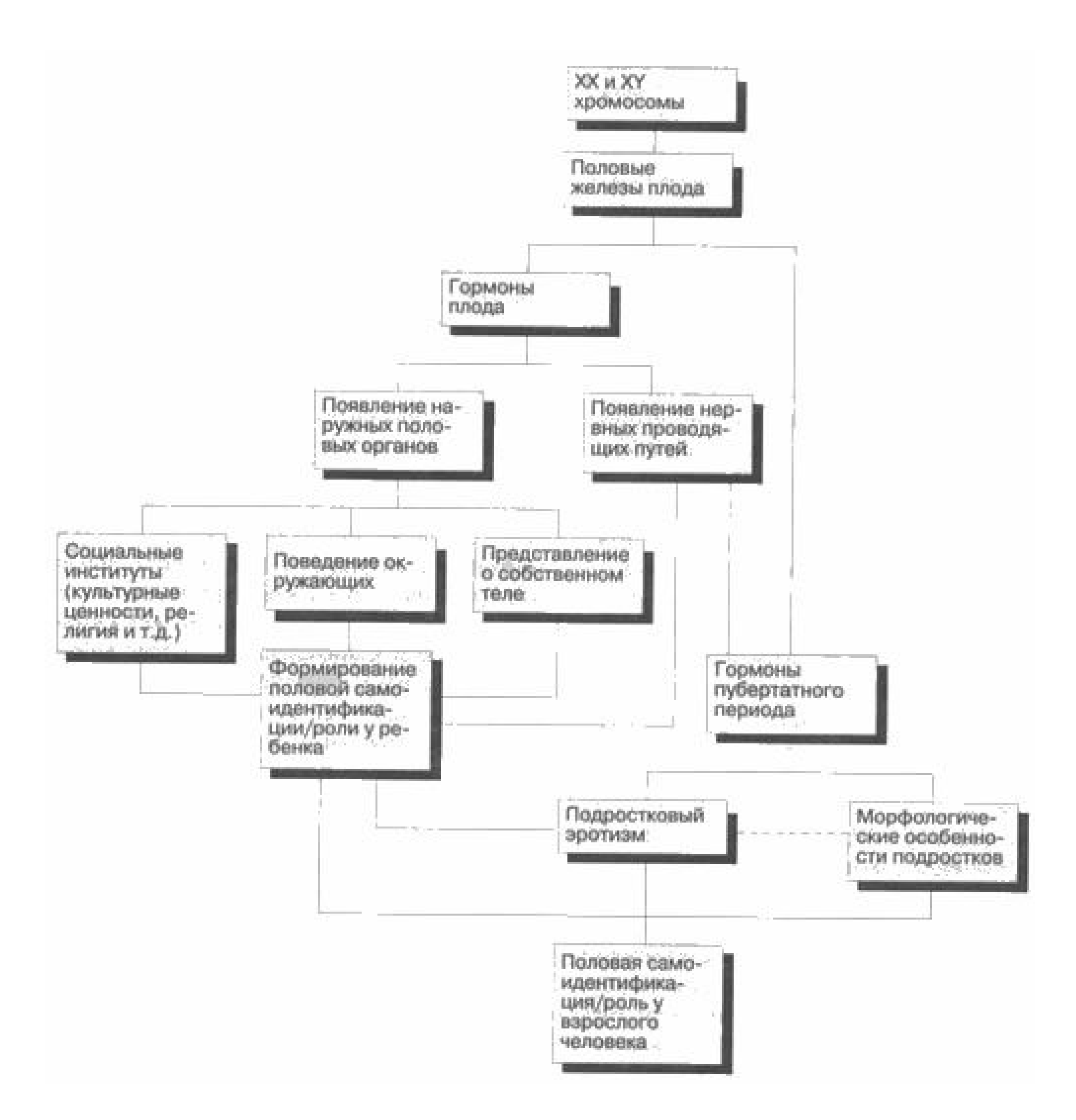


РИС. 8.1

Формирование половой самоидентификации и половой роли

Диаграмма показывает последовательность и кумулятивное взаимодействие основных факторов становления половой самоидентификации и половой роли

Мани с соавторами полагают, что наиболее существенные аспекты половой принадлежности формируются скорее в процессе воспитания, нежели под действием регуляторных биологических механизмов (Money, Ehrhardt, 1972; Money, Oguaro, 1974; Money, 1980). Они пришли к такому заключению на основании результатов своих наблюдений за специально подобранными парами людей с неясным строением наружных гениталий (псевдогермафродитов). Эти результаты можно кратко обобщить следующим образом. Если двух младенцев, принадлежащих по данным хромосомного анализа и строению внутренних половых органов к одному и тому же биологическому полу, сразу же после рождения начать воспитывать по-разному (одного как мальчика, а другого как девочку), почти во всех случаях характер воспитания будет превалировать над биологическим полом при формировании половой самоидентификации и половой роли. Иными словами, ребенок женского биологического пола, воспитанный как мальчик, будет ощущать себя мальчиком, играть соответствующими игрушками, предпочитать мальчишеские забавы и одежду. Точно так же ребенок, имеющий биологический мужской пол, но воспитывавшийся как девочка, будет ощущать себя девочкой и играть соответствующую половую роль. Обширные материалы, собранные Мани и его

коллегами, свидетельствуют о том, что биологическое программирование пренатального развития и действие генетических сил обычно недостаточны, чтобы преодолеть влияние воспитания и навыков, приобретенных в период постнатальной жизни.

Совсем недавно Мани (1988) для объяснения формирования сексуальной ориентации предложил так называемую теорию любовной карты. Любовная карта - это некая матрица, идеальный образ любовника, любви и сексуально-эротических отношений, формирующийся в мозге и в сознании человека в ходе развития. По мнению Мани, любовная карта человека, которую можно рассматривать как записанную в мозге программу индивидуальных психологических и физиологических особенностей любовного чувства и эротизма, составляется в детстве, в возрасте от 5 до 8 лет (Brody, 1990). Повреждение любовной карты в таких травмирующих ситуациях, как инцест, физическое расстройство или крайне отрицательное отношение родителей к полу ребенка, может в конце концов привести к аномалиям в половом поведении (Money, Lamacz, 1990) (более подробно этот вопрос рассматривается в гл. 17). Теория любовной карты, предложенная Мани, дополняет его более ранние работы, посвященные формированию ключевого компонента сознания половой принадлежности. Он по-прежнему остается на позициях смешанной, биосоциальной природы этого явления, но подчеркивает следующую мысль: "В целом, создается впечатление, что наиболее важным периодом для формирования гомосексуальности, бисексуальности и гетеросексуальности является поздний младенческий и препубертатный возраст" (Money, 1988).

Интересная серия исследований, проведенных Мани, не проясняет, однако, вопроса о том, каким образом контролируется развитие сознания половой принадлежности у нормальных, здоровых людей. Не исключено, что только те лица, которые на собственном опыте познали необычное биологическое состояние ложного гермафродитизма, способны проявить достаточно гибкости, чтобы в равной степени принять принадлежность к тому и другому полу. Если все параметры биологического пола имеют единую направленность, возможно, что приобретаемых знаний недостаточно для успешной переделки программы половой принадлежности, заложенной в период пренатального развития, на противоположную. Это предположение подтверждается описанным нами выше случаем: один из однояйцовых близнецов-мальчиков, которого пытались воспитывать как девочку, так и не смог успешно приспособиться к изменению половой принадлежности ни в личностном, ни в социальном плане.

В наше время никто уже не считает, что характер развития зависит или только от "природы" (биологических факторов), или только "среды" (воспитания). Биологические процессы разворачиваются отнюдь не в культурном вакууме, а приобретение знаний невозможно без биологического инструмента, каковым служит головной мозг. Хотя для уточнения отдельных аспектов полового развития требуются дополнительные исследования, создается впечатление, что теория взаимодействия биологических и социальных факторов наиболее адекватно объясняет этот процесс.

Детская сексуальность

Детство - неизвестная страница в исследованиях пола, поскольку надежные данные относительно полового поведения на протяжении этого периода по объективным причинам отсутствуют (Money, 1976). Выводы, базирующиеся на опросах взрослых, недостоверны, так как люди могут плохо помнить свои ощущения в детстве или скрывать какие-то воспоминания из-за желания выглядеть "нормальными". Попытки устного опроса или анкетирования детей для получения информации о половых ощущениях и поведении встречают резкое сопротивление со стороны общественности, усматривающей

в таких исследованиях подрыв моральных устоев общества. Вот почему, разбираясь в этой сложной проблеме, приходится преимущественно полагаться на догадки и умозрительные заключения, а также на немногочисленные данные культурологических исследований популяций аборигенов, в которых допускаются сексуальные игры детей.

До появления работ Фрейда считалось, что сексуальность у детей отсутствует, либо, признавая ее существование, исследователи предпочитали умалчивать об этом феномене, расценивая его как греховный и опасный (Sulloway, 1979). Эти противоречивые взгляды сохраняются до сих пор, однако по крайней мере некоторые родители рассматривают развивающуюся сексуальность своих детей как нечто само собой разумеющееся и не вызывающее отрицательного отношения. Часть родителей по-прежнему испытывает дискомфорт при любых проявлениях сексуального интереса у ребенка. Тому есть несколько причин. Во-первых, это считается ненормальным, во-вторых, родители не знают, как вести себя в таких ситуациях, наконец, у них могут быть собственные сексуальные проблемы.

Имея представление об особенностях полового развития в детском возрасте, родители могут лучше помочь детям в условиях формирующейся сексуальности, обеспечивая спокойную обстановку и не прибегая к угрозам.

Сексуальность в младенчестве

Результаты ультразвукового исследования свидетельствуют о том, что рефлекторная эрекция у плодов мужского пола имеет место за несколько месяцев до рождения, т.е. в период внутриутробного развития (рис. 8.2) (Masters, 1980, Calderone, 1983). У многих новорожденных мальчиков эрекцию наблюдают в течение первых минут после родов, иногда даже до перерезки пупочного канатика. Точно так же, у новорожденных девочек в течение первых суток возможны увлажнение влагалища и эрекция клитора (Langfeldt, 1981). Таким образом, очевидно, что половые рефлексы проявляются уже в раннем младенческом периоде и даже во время внутриутробного развития.

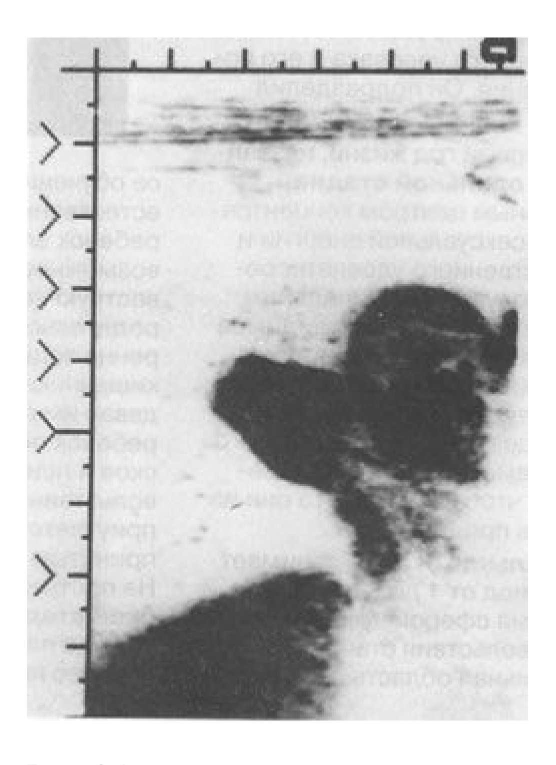
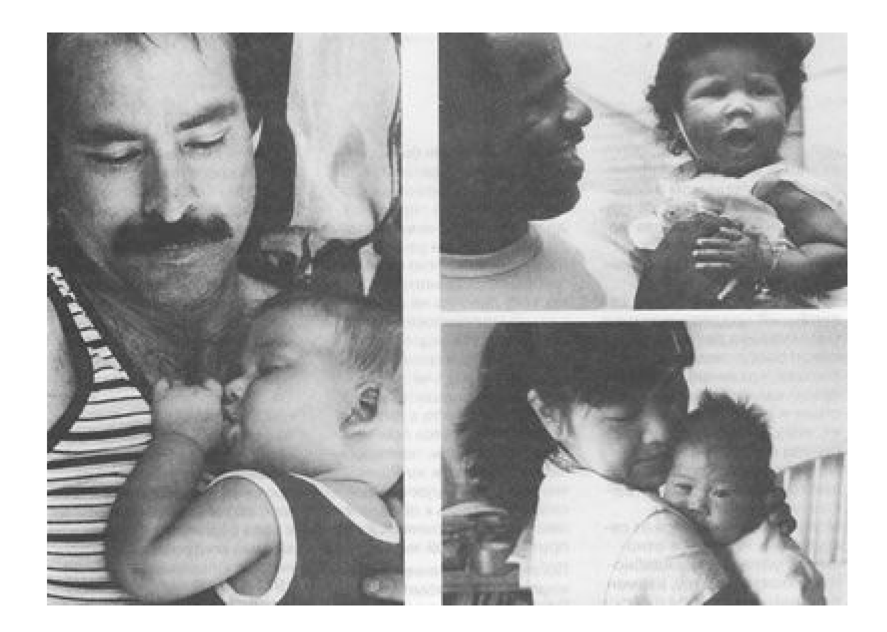


Рис. 8.2

Изображение эрекции у плода, полученное при ультразвуковом исследовании



В первые месяцы жизни ребенка устанавливается его связь с родителями - важная ранняя форма интимных отношений.

Важный компонент младенческой сексуальности заложен в чувственной близости ребенка и родителей, которая реализуется, когда последние держат ребенка на руках, обнимают его или прижимают к своему телу (Higham, 1980). Как уже говорилось в гл. 5, такая связь между ребенком и родителями устанавливается с самого рождения и в последующем углубляется в процессе кормления, купания, одевания и других видов физического взаимодействия между родителями и новорожденным. Ребенок, лишенный в младенчестве родительского тепла и других форм связи с отцом и матерью, впоследствии может испытывать трудности при вступлении в интимные отношения с другими людьми, или, как полагают, не получать удовлетворения от собственной сексуальности (Ainsworth, 1962; Hanlow, Harlow, 1962, Trouse, Kennel, Klaus, 1977; Money, 1980).

Совсем маленькие дети совершенно естественно реагируют на разнообразные источники физических ощущений теми или иными формами полового возбуждения. Например, при кормлении ребенка матери нередко замечают сильно выраженную эрекцию, что вызывает у некоторых из них тревогу как ненормальное явление. На самом же деле, ощущение тепла и мягкости материнского тела, к которому его прижимают, вместе с интенсивной нервной стимуляцией, источником которой служит сосание (в губах очень много чувствительных нервных окончаний), вызывает поток сигналов, направленных в мозг, где они интерпретируются как приятные и активируют половые рефлексы. Столь же обычны эрекция клитора и увлажнение влагалища во время кормления новорожденных девочек. Таким образом, данное явление не свойственно какому-то одному полу, хотя эрекция полового члена выражена гораздо сильнее и, следовательно, лучше заметна. Сходные проявления рефлекторной половой активности наблюдаются при купании, припудривании, пеленании или игривом подбрасывании ребенка. Важно, однако, подчеркнуть вслед за Мартинсоном, что "ребенок еще слишком мал, чтобы осознавать происходящее, в связи с чем нельзя говорить о пробуждении у него каких бы то ни было социально и сексуально обусловленных эротических переживаний" (Martinson, 1981). Реакция родителей, наблюдающих все эти половые рефлексы, служит важным компонентом самого раннего сексуального опыта ребенка. От матери или отца, выказывающих излишнее беспокойство или неодобрение по поводу виденного, ребенку

может передаваться состояние дискомфорта, тогда как от спокойно реагирующих родителей ребенок получает как бы сигнал одобрения своей сексуальности.

Как знает любой наблюдательный родитель, маленькие мальчики и девочки начинают трогать и тереть свои наружные половые органы как только у них развивается необходимая координация движений. Как отмечалось в гл. 7, Кинзи и другие авторы заметили, что иногда это приводит к оргазму у детей первого года жизни. Возникает вопрос: каков смысл такого поведения? Может быть, ребенок попросту исследует свое тело, и вероятность дотронуться до той или иной его части (локоть, живот, наружные гениталии) примерно одинакова? Или такое поведение содержит элемент сексуальности и получаемое чувственное удовольствие заставляет ребенка снова и снова прибегать к самостимуляции?

Ребенок не может ответить на эти вопросы, однако имеются данные в пользу второго предположения. Элен Каплан пишет, что маленькие дети "выражают радость при стимуляции их гениталий" (Kaplan, 1974). Бэкуин отмечает, что "дети выказывают крайнее раздражение при попытке прервать" занятие мастурбацией и добавляет, что самостимуляция может повторяться "несколько раз в день" (Bakwin, 1974). К третьему или четвертому месяцу жизни самостимуляция наружных половых органов сопровождается улыбкой и звуками, выражающими удовольствие (Martinson, 1980). К концу первого года жизни ребенок начинает рассматривать свои гениталии при купании или раздевании. Игра гениталиями чаще встречается у детей, растущих в семьях, нежели у посещающих дошкольные учреждения (Spitz, 1949). Это подтверждает, что связь ребенка с родителями играет ведущую роль в последующем развитии сексуальности.

Родители очень маленьких детей реагируют на описанные проявления полового поведения по-разному. Некоторых это забавляет, других удивляет, третьих тревожит, особенно если они не понимают, что все это - совершенно нормальные признаки развития ребенка.

Секс в раннем детском возрасте (от двух до пяти лет)



К двухлетнему возрасту большинство детей начинают ходить, говорить, а также ощущать себя мальчиком или девочкой. Они проявляют неуемное любопытство, исследуя разные части собственного тела, причем большинство открывают для себя (если не сделали это

раньше), что стимуляция наружных половых органов приносит приятные ощущения. Сначала игра гениталиями является индивидуальным занятием, но постепенно она преобразуется в игру "в доктора" или "покажи мне свое и я покажу, что есть у меня". Дети могут потирать пенис или клитор руками, а также использовать для этой цели куклу, подушку, одеяло или другие предметы.



Беседы с трехлетними девочками и мальчиками показывают, что им хорошо известны чувственные ощущения от прикосновения к наружным половым органам, хотя они и не воспринимают их как эротические или сексуальные, поскольку еще не способны к выработке концептуальных понятий. Вот одна из наших записей, иллюстрирующих сказанное:

Трехлетняя девочка: "Когда я тру пипку, мне тепло и приятно. Иногда щекотно, а иногда просто горячо". (Девочка называла "пипкой" наружные половые органы и особенно подробно описывала, как по нескольку раз в день трет рукой клитор и лобок. В возрасте 2,5-3,5 лет она ходила без трусиков и поэтому легко осуществляла свое желание.)

Трехлетний мальчик: "Посмотри на мою колбаску. Она может подниматься. Я тру ее, она поднимается и мне приятно. Иногда я тру ее очень долго, и тогда мне становится очень, очень хорошо" (Мальчик гордится своей "колбаской" и любит показывать ее. По словам родителей, он стимулирует пенис несколько раз в день и безусловно занимается этим, оставаясь один.)

Приблизительно в это же время ребенок начинает понимать, что взрослые не одобряют игру гениталиями и испытывает недоумение, если родители рассказывают ему о разных частях тела, но не упоминают о наружных половых органах. Конечно, взрослые должны прививать детям навыки социально приемлемого поведения (например, не показывать и не трогать гениталии на людях), однако не стоит пытаться исключить все проявления сексуального экспериментирования ребенка, говоря: "Это нехорошо" или "Не трогай себя здесь" или попросту отдергивая руку ребенка без всяких словесных замечаний. Отрицательные ощущения, испытываемые при этом, могут послужить самыми ранними источниками возможных затруднений на сексуальной почве в будущем (Masters, Johnson, 1970; Calderone, 1978; Money, 1980). У многих детей возникает убеждение, что их половые органы - "грязные" части тела. Такое представление часто вырабатывается под влиянием замечаний, получаемых в процессе обучения отправлению естественных потребностей. Чрезмерная настойчивость в привитии ребенку гигиенических навыков ("подотрись получше", "вымой руки после того как сходил") прививает детям негативное отношение к функции гениталий, хотя родители, несомненно, действуют из лучших побуждений, заботясь об их здоровье.

Следует помнить, как бы это не противоречило вашим инстинктивным чувствам, что, по мнению большинства специалистов, лучшее что могут сделать родители, заметив, как их

маленький ребенок занимается сексуальным самоисследованием, это попросту не волноваться (Feitel, 1990). Как замечает психолог Сельма Фрайберг (Fraiberg, 1959): "Отношение ребенка к самому себе, его самооценка тесно связаны с тем, как он воспринимает собственное тело. Ребенок, заметивший, что его сексуальные игры возбуждают в родителях отвращение, может придти к выводу, что у него плохое тело и что сам он как личность тоже плох".

Поскольку ребенок улавливает неодобрение родителей по тону голоса, выражению лица и другим физическим признакам, родителям лучше всего спокойно реагировать на проявления его сексуального любопытства (Renshaw, 1988). Это относится не только к случаям, когда они замечают сексуальную игру ребенка, но и к другим сексуально окрашенным ситуациям. Например, если трехлетний ребенок заходит в ванную комнату, когда один из родителей только-что кончил принимать душ, нельзя высказывать чрезмерное раздражение, строго выговаривая малышу ("Убирайся отсюда! Разве ты не видишь, что я не одет(а)?") или хватая полотенце, словно необходимость укрыться является вопросом жизни и смерти. Такая реакция показывает ребенку, что мать или отец стесняются своего тела и скорее всего спровоцирует его на повторное вторжение.

Другой пример. Маленькие дети часто ласкают себя в самые неподходящие для родителей моменты. Надо быть заранее готовыми к таким ситуациям. К примеру, вы пришли в магазин, а маленькая Сузи задирает платье и начинает тереть себя между ног. Вместо того, чтобы восклицать: "Не надо, не делай этого", лучше дайте ей в руку пакет и попросите нести его. Отрывая таким способом ребенка от неприличного по социальным меркам занятия, вы заставите его изменить поведение, не акцентируя на нем внимание и не создавая впечатления, что вы недовольны им.

К четырехлетнему возрасту большинство детей, воспитываемых в современном обществе, начинает задавать вопросы о том, откуда берутся дети и как они рождаются (Martinson, 1980). Некоторые родители дают самое естественное объяснение, тогда как другие испытывают неловкость и стараются избежать разговора на эту тему. Дети очень хорошо улавливают, что вызывает беспокойство у матери или отца, и перестают задавать вопросы либо, напротив, засыпают ими обоих родителей, чтобы привести их в еще большее замешательство. Четырехлетки, как правило, имеют весьма расплывчатое представление о поле, иногда вкладывая в это понятие некий магический смысл. Многие верят, что "детей приносит аист" и не продолжают расспросы. Другие же, получив более точное объяснение фактов, касающихся репродукции, интерпретируют их самым неожиданным образом. К примеру, четырехлетние дети обычно представляют себе, что материнское яйцо, из которого вырастает ребенок, ничем не отличается от тех, что десятками продаются в магазине. Когда таким детям говорят, что "папа сеет семячко в живот мамы", пытаясь объяснить, как происходит зачатие и наступает беременность, они убеждены, что в животе матери имеется кусочек земли, который надо периодически поливать и пропалывать, чтобы росли дети. Такой взгляд на половые явления отражает конкретный, буквальный образ мыслей четырехлеток относительно окружающего мира в целом.

Дети, посещающие дошкольные учреждения, нередко оказываются свидетелями или участника ми сексуально окрашенных ситуаций. Например, четырехлетние Билли и Питер постоянно получают замечания, потому что целуются во время игры. В той же группе Джерри забавляется тем, что подкрадывается сзади к девочкам и задирает им платья ("Так я вижу их трусики" - объсняет он, хихикая). И девочки, и мальчики проявляют большой интерес ко всему, что связано с туалетом и соблюдением правил гигиены. Кроме того, им нравится использовать "грязные" слова, наблюдая за реакцией воспитателей и родителей.

В возрасте пяти лет, когда большинство детей начинают посещать детский сад, необходимость строить отношения со сверстниками в структурированной среде вырабатывает скромность и приводит к снижению частоты сексуально-окрашенных игр (Martinson, 1980). В этом возрасте дети с увлечением узнают названия сексуальных органов, о которых они раньше ничего не слышали. Среди них начинают распространяться шутки о назначении гениталий и на другие половые темы, которые они сначала слышат от старших товарищей, а потом повторяют. Пятилетка может и не понимать шутки, но громко смеется (иногда невпопад), чтобы скрыть это.

По замечанию Мани (Money, 1980), если ребенку недоступна простая, откровенная информация о поле, основным источником полового образования становятся соответствующие анекдоты. Поскольку даже самый маленький ребенок быстро узнает разницу между "чистой" и "грязной" шуткой, это ведет к выработке представления о сексе как о чем-то "непристойном".

В этом же возрасте дети начинают формулировать представления о сексуальных отношениях, исходя из собственных наблюдений за взрослыми. Видя как мать с отцом обнимаются и целуются, ясно получая при этом удовольствие, ребенок постепенно начинает понимать, что физическая и эмоциональная близость позволяет получать приятные ощущения. С другой стороны, если ребенок постоянно видит как родители ссорятся между собой или слышит восклицания "не трогай меня", у него может развиться совершенно противоположный взгляд на близкие отношения.

Секс в школьном возрасте

Шести- и семилетние дети обычно уже очень хорошо знают о главных анатомических отличиях людей разного пола и, как правило, понимают неуместность обнажения тела на людях. Несомненно, самосознание ребенка формируется под влиянием родителей и повседневной практики общения в домашних условиях, однако и здесь природное любопытство детей проявляется в играх "в больницу" или в "дом", которые допускают сексуальное общение. Оно может проходить в форме взаимного осмотра наружных половых органов, прикосновения к ним, поцелуев или введения посторонних предметов во влагалище или прямую кишку.

Сексуальное экспериментирование может иметь место среди детей одного или разных полов. Цель такого поведения - приобретение знаний: "Как я отличаюсь от других, похожих на меня людей?" или "Чем представители противоположного пола отличаются от меня?". Другая цель - испытать запретное и посмотреть, что из этого выйдет: кто обнаружит проступок, как прореагирует, как я выйду из этого положения и т.д. Обе цели взаимно дополняют одна другую, поскольку запретное знание обычно кажется более привлекательным, чем легко доступное.

Участие детей в таких играх является, по-видимому, универсальным явлением, хотя имеющиеся исследования (основанные главным образом на анализе воспоминаний) не подтверждают его столь широкой распространенности. Так, например, Кинзи утверждает, что только 45% взрослых женщин и 57% мужчин вспоминают об участии в тех или иных сексуальных играх в примерно двенадцатилетнем возрасте (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948; Kinsey et al., 1953). Согласно более позднему исследованию, 61% опрошенных студентов колледжей сообщили о наличии того или иного опыта сексуальных отношений с другими детьми до тринадцатилетнего возраста (Greenwald, Leitenberg, 1989).

Детские сексуальные игры в обычных условиях психологически не опасны и с точки зрения развития ребенка могут, вероятно, считаться полезными для формирования навыков психо-социального общения (Jensen, 1979, Money, 1980, Renshaw, 1988). Психологическую опасность может представлять резкая реакция родителей. Ребенок, застигнутый во время сексуальной игры в одиночку или в компании с другими детьми, легко улавливает отрицательную реакцию родителей, но ему трудно понять ее. С точки зрения ребенка игра есть игра, тогда как родители, обнаружившие, что их ребенок мастурбирует или вовлечен в сексуальную игру с другими детьми, видят в этой сцене только ярко горящее слово СЕКС, написанное крупными буквами. Родительские угрозы или зловещие предсказания, что такое "дурное" поведение будет иметь ужасные последствия, пугают ребенка. Слова матери или отца о том, что "это грязно", могут быть истолкованы слишком буквально, и в душу ребенка будут брошены семена, из которых вырастет его отрицательное отношение к сексу в будущем.

Отношение родителей к участию ребенка-школьника в сексуальных играх нередко строится, исходя из двойного стандарта. Девочек обычно строго предупреждают о необходимости воздерживаться от таких игр, особенно с мальчиками. В то же время мальчики часто получают от родителей наставления смешанного характера: с одной стороны, их предостерегают и даже наказывают за участие в таких играх, но, с другой стороны, в этих наставлениях проскальзывает снисходительное отношение и чувство гордости: "мальчики должны быть мальчиками". Один отец, рассказывая о сексуальных эскападах своего семилетнего сына и его одноклассницы, заметил: "Слава богу, он рано начал". Молчаливое разрешение мальчикам удовлетворять свое сексуальное любопытство (исключая гомосексуальные ситуации, на которые родители всегда реагируют отрицательно) в американском обществе редко распространяется на девочек. С наступлением пубертатного периода двойной стандарт в отношении родителей к проявлениям сексуального поведения мальчиков и девочек становится еще более заметным.

Представление Фрейда о периоде скрытой сексуальности в позднем периоде детства - времени, когда сексуальные интересы и импульсы сменяются несексуальным поведением и интересами - в настоящее время не разделяется многими сексологами. По мнению Мани (Money, 1980) - это просто период сексуальной стыдливости и осмотрительности, когда сексуальным играм дети предаются тайком. Перекрестные культурологические исследования однозначно показывают, что в обществе, допускающем сексуальные упражнения детей, такие игры продолжаются и нередко становятся более частыми именно в предподростковом возрасте (Ford, Beach, 1951; Marshall, Suggs, 1971; Currier, 1981). Данные Кинзи также свидетельствуют о том, что в рассматриваемый период сексуальные игры не только не прекращаются, но даже не становятся реже (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948; Kinsey et al., 1953). Подробное исследование детской сексуальности, включавшее опросы 800 детей в возрасте 5 лет и старше из Австралии, Северной Америки, Великобритании и Швеции, также не подтвердило наличия в процессе общего развития ребенка стадии, на которой задерживается сексуальное развитие (Goldman, Goldman, 1982). Согласно этим авторам: "Вопреки фрейдовской теории латентного периода, подавляющее большинство имеющихся данных показывает, что дети в возрасте от 5 до 15 лет проявляют повышенный интерес к половым вопросам, причем этот интерес прогрессивно усиливается с возрастом" (Goldman, Goldman, 1982). Накопленные наблюдения, возможно, лучше всего суммированы в следующем фрагменте:

"Процесс психосексуального развития детей протекает в условиях их полного неведения о предстоящем периоде скрытой сексуальности. Единственная уступка, которую они

делают, идя навстречу ожиданиям теоретиков, состоит в том, что они начинают играть по правилам взрослых." (Gadpaille, 1975).

Сексуальный опыт детей более старшего возраста может быть неупорядоченным и не столь существенным, как другие события их жизни, но может тем не менее вбирать в себя весь набор возможных сексуальных действий, вплоть до попыток полового сношения, иногда успешных. Дети занимаются мастурбацией в одиночку или в гетеросексуальных и гомосексуальных парах и группах, отмечены сексуальные игры с животными и предметами, а также случаи орального и анального секса (Gadpaille, 1975; Martinson, 1976, 1980, 1981). Нет сомнения, что к восьми- или девятилетнему возрасту дети уже осведомлены об эротическом элементе таких форм поведения, поэтому неправильно рассматривать их только как "игру". Половое возбуждение есть нечто большее, чем побочный продукт такого целенаправленного поведения. Это не случайное явление - дети настойчиво стремятся достигнуть эротического возбуждения, которое может сопровождаться сексуальными фантазиями или привести к влюбленности (Gadpaille, 1975; Tennov, 1979; Money, 1980). Все это учит детей, как строить свои отношения с окружающими, что имеет важные последствия для развития способности к психосексуальной адаптации в зрелом возрасте (Broderick, 1968; Gadpaille, 1975; Martinson, 1976; Money, 1980).

Многие родители не знают, что гомосексуальные игры детей (так же как и гетеросексуальные) служат нормальным элементом их развития. Гомосексуальные игры отнюдь не всегда приводят к гомосексуальности после взросления, что не мешает многим родителям без всякого основания беспокоиться, наблюдая их.

Секс среди детей одной семьи

Другой распространенной формой сексуального поведения в детском возрасте являются сексуальные контакты между детьми одной семьи. Хотя теоретически такое поведение можно обозначить термином инцест, т.е. сексуальные отношения между близкими родственниками, вряд ли следует в такой тяжеловесной, уничижительной форме характеризовать игры пятилетнего мальчика с его шестилетней сестренкой, состоящие в рассматривании наружных гениталий друг друга. Тем не менее не всегда легко решить, в каких случаях такие контакты можно рассматривать как способ познания своего тела, а в каких - как явление, требующее вмешательства родителей.

Интересные данные по этому вопросу содержатся в работе Гринвальда и Лейтенберга (Greenwald, Leitenberg, 1989). Они установили, что 17% из 526 опрошенных студентов колледжей испытывали в возрасте до 13 лет сексуальный интерес к братьям и/или сестрам. Средний возраст, в котором имели место такие контакты, составлял 8 лет, и только в 18% случаев о них знали родители. Гринвальд и Лейтенберг не выявили отрицательного воздействия сексуального опыта в предподростковом возрасте у детей одной семьи на формирование сексуальности в зрелом возрасте даже в тех случаях, когда имели место генитальные контакты, а не просто рассматривание друг у друга наружных половых органов. Кроме того, эти авторы зарегистрировали очень низкую частоту принуждения в случаях сексуальных игр между детьми одной семьи: только в 2% эпизодов применялась сила и только в 6% - те или иные угрозы.

В более ранней серии исследований сексуальности у детей одной семьи получены несколько иные результаты (Finkelhor, 1980, 1981). 13% опрошенных учащихся колледжей по их словам в детстве имели сексуальные контакты с братом или сестрой (цифра, по мнению автора, занижена). Примерно в 3/4 этих случаев имели место гетеросексуальная

связь (между братом и сестрой), а в остальных - гомосексуальные отношения (брата с братом или сестры с сестрой). Другие результаты, полученные в этом исследовании, приведены ниже:

1. Сексуальные контакты осуществлялись не только между маленькими детьми: в 73% случаев в них участвовали дети, среди которых по крайней мере одному было более 8 лет.

2. Самой распространенной формой сексуальной активности между детьми одной семьи было прикосновение к наружным гениталиям. Только в 4% случаев зарегистрировано половое сношение. Среди детей младшего возраста взаимное рассматривание наружных половых органов было основной формой сексуальной игры.

3. Продолжительность сексуальных контактов значительно отличалась. В 1/3 случаев они были однократными, но в 27% случаев продолжались с перерывами на протяжении по меньшей мере года.

4. В четверти случаев имело место принуждение в той или иной форме (чаще его жертвами становились девочки).

5. Примерно в четверти всех случаев сексуальных игр между детьми одной семьи разница в возрасте между ними составляла 5 лет или больше.

Эти данные свидетельствуют о необходимости пересмотреть ранее выработанные представления о сексуальных контактах среди детей одной семьи как к невинной игре. Ситуация, при которой один из детей гораздо старше (на 4 года и более) брата или сестры либо применяется сила (что, вероятно, случается намного чаще, нежели считалось ранее), почти неизбежно предполагает целенаправленное принуждение и, следовательно, должна вызывать обеспокоенность. Тем не менее от родителей требуются хорошо обдуманные шаги к устранению такой ситуации. Единичный случай ощупывания 11 -летней девочкой гениталий ее не возражающего против этого 7-летнего братишки - отнюдь не то же самое, что принудительные сексуальные контакты между детьми в одной семье. Следует также помнить, что проявления со стороны родителей тревоги и ужаса при обнаружении сексуальных контактов между детьми не только неуместны, но и вредны. Если установлено, что сексуальные отношения имели место по принуждению, жертве может быть полезна консультация психолога.

В настоящее время известно, что принуждение к сексуальным отношениям среди детей одной семьи может иметь отрицательные психологические последствия для жертвы в более зрелом возрасте, в том числе трудности в сфере половой жизни. Поэтому родители должны принять меры, направленные на сведение к минимуму опасности такого развития событий. Например, не следует вместе купать детей, если разница в возрасте между ними превышает два года. Желательно также, чтобы старший ребенок и его значительно меньшие по возрасту брат или сестра спали в разных комнатах. Более подробная информация, касающаяся инцеста, в том числе сексуальных отношений между родителями и детьми, приведена в гл. 18.

Единичные случаи сексуальной активности у детей вряд ли можно считать отклонением, если она не связана с агрессивным поведением или принуждением. Родители не должны проявлять излишнее беспокойство или наказывать детей, обнаружив, что они предаются сексуальным играм. Такие факты следует воспринимать спокойно и использовать их как повод для полового воспитания в доступной для данного возраста форме, оставляя за собой право устанавливать для детей определенные рамки поведения. Указанный подход

скорее всего окажется более эффективным, чем угрозы и сцены и даст ребенку возможность развиваться в здоровой психосексуальной обстановке.

Половое воспитание

На протяжении последнего десятилетия взгляды на половое воспитание стали еще более противоречивыми. Все согласны с необходимостью вырабатывать у детей правильное отношение к половым вопросам, однако у каждого свое мнение о том, чему следует обучать, где и кто должен этим заниматься.

В центре этих споров стоит проблема, о существовании которой порой забывают многие участники дискуссии (Ehrenberg, Ehrenberg, 1988).

"Как бы нам ни хотелось иного, дети рождаются сексуально-мотивированными, и родители постоянно дают им уроки полового воспитания, сознательно или бессознательно. Стержневой вопрос полового воспитания состоит в том, как родители воспринимают прирожденную сексуальность ребенка и в какой степени дают ей развернуться. Отношение родителей к этой проблеме гораздо важнее для формирования полового поведения ребенка, чем вся информация или дезинформация, которую они могут предоставить по данному вопросу

Указанные авторы (Ehrenberg, Ehrenberg, 1988) описали также четыре основные типа отношения родителей к вопросам пола, которые проявляются в семейной жизни, назвав их соответственно репрессивным, избегающим, навязчивым и экспрессивным (авторы исходили из того, что взгляды обоих родителей на эту проблему совпадают, хотя это случается не всегда).

Репрессивный тип отношения охватывает случаи, когда родители строго внушают детям, что секс - это зло и непристойность. Обычно в такой семье запрещено произносить неприличные слова, двусмысленные шутки, ходить по дому в нижнем белье. Половое воспитание сводится к нескольким фразам: "это неприлично", "это опасно" и "подожди пока выйдешь замуж".

При избегающем типе родители проявляют более разумное и терпимое отношение к сексуальности. Они рассматривают это явление скорее как полезное, нежели вредное, однако совершенно теряются, когда речь заходит о конкретных половых вопросах. Такие родители избегают прямого обсуждения этой темы со своими детьми или превращают такое обсуждение в нудную лекцию. Сами того не подозревая, они выхолащивают идею тепла, человечности и любви, которая неотъемлема от понятия сексуальности, однако дети очень быстро распознают этот пробел.

При навязчивом типе отношения к сексуальности родители смотрят на секс как на полезное и здоровое явление, но перегибают палку и ставят секс в центр всей семейной жизни. Они чересчур либеральны во всем, что касается сексуальной активности и иногда столь явно выставляют напоказ свою половую жизнь, что приводят в недоумение и замешательство собственных детей. (Например, могут открыто говорить о своих интимных отношениях или своей коллекции видеокассет с эротическими фильмами.) Чрезмерное внимание к половым вопросам может раздражать детей или вызывать у них чувство подавленности. Так, например, если отец 8-летнего мальчика будет каждый месяц показывать сыну "Плейбой", ребенку станет неприятен сам вид этого журнала.

Родители, чье отношение к половым вопросам можно охарактеризовать как **экспрессивное**, рассматривают секс как нечто естественное, при необходимости открыто обсуждают эту тему, но устанавливают разумные рамки для проявления сексуальной активности детей (точно так же, как всех других форм поведения). Они пытаются внушить детям, что сексуальность - это положительное и здоровое явление, не заслуживающее, однако, того, чтобы сосредоточивать на нем все свои помыслы.

Проведенные исследования показали, что лишь немногие родители способны правильно организовать половое воспитание детей. Данные опросов американских подростков свидетельствуют о том, что основную долю сведений о сексе они получают не в семье, а от друзей (Gebhard, 1977; Kirby, Alter, Scales, 1979; Kallen, Stephenson, Doughty, 1983). До последнего времени различия во взглядах на половое воспитание делили общество пополам: одни считали необходимым половое воспитание в школе, другие, напротив, были убеждены, что говорить об этом с детьми в стенах школы не только необязательно, но и нецелесообразно. Противники введения нового учебного курса приводили следующие доводы: 1) предоставление детям информации о сексе будет разжигать их половое любопытство и стимулировать раннее начало половой жизни, 2) половое воспитание настолько тонкая и деликатная материя, что должно осуществляться только в домашних условиях или в церковной среде, 3) уровень преподавания и качество учебных материалов для полового воспитания по меньшей мере неодинаковы в разных школах и в большинстве случаев очень низки.

Сегодня оппозиция половому воспитанию в школе еще существует, однако его противники несколько сбавили тон. 77% взрослых американцев поддерживают идею полового воспитания в школе. В тех случаях, когда вводился курс полового воспитания, только 5% родителей запрещали детям посещать его (Kirby, Alter, Scales, 1979; Allan Gattmacher Institute, 1981; Gordon, Gordon, 1983). В школьные программы все чаще включаются уроки полового воспитания (обычно называемые уроками семейной жизни). В настоящее время они внедрены в 23 штатах США и Федеральном округе Колумбия (de Mauro, 1989/1990). В 1986 г. Главный медицинский инспектор США К. Эверет Куп заявил о необходимости введения уроков полового воспитания в начальных классах с тем, чтобы как можно раньше предупредить детей об опасности заражения СПИДом.

Несмотря на явный прогресс, в области полового воспитания существуют и нерешенные проблемы. Одна из них связана с тем, что в Америке детьми занимаются в основном матери; отцы почти не участвуют в формировании у детей соответствующего полу поведения. Другой требующий внимания вопрос заключается в том, что половое воспитание и в школе, и в семье зачастую начинается только после того как ребенок превратился в подростка (если не считать самых элементарных сведений по анатомии и репродукции, которые получают дети младшего возраста). Учитывая, что самым маленьким детям уже доступен огромный объем сексуальной информации через телевидение и кино, родители рискуют, что ребенок интерпретирует увиденное на экране как точное воспроизведение реальных сексуальных явлений со всеми вытекающими отсюда нежелательными последствиями. Такой способ воспитания можно назвать воспитанием путем отказа от него.

Существует и еще одна проблема, вызывающая беспокойство. Разъяснительные беседы, которые проводят со школьницами в целях профилактики преступлений на почве педофилии, иногда создают у впечатлительных детей представление о непристойности и опасности секса. Этот стереотип может сохраниться до зрелого возраста с непредсказуемыми психологическими последствиями. В связи с этим составители школьных программ должны проявлять особую чуткость и чувство меры, а

преподавателям на уроках полового воспитания не следует представлять сексуальную активность как источник болезней и оскорблений. Половое воспитание должно охватывать все связанные с сексуальностью явления: любовь, близкие отношения и взаимная ответственность.

Даже в тех случаях, когда школа уделяет достаточно внимания половому воспитанию, от родителей требуется активное проведение аналогичной работы в домашних условиях. Только совместные усилия школы и семьи позволяют ребенку вырасти в сексуально образованного и отвечающего за свои поступки подростка, а потом и взрослого человека. Практические советы, которые могут оказаться полезными при проведении этой работы, приведены выше. Залог успеха в половом воспитании - такая обстановка в семье, когда ребенок может свободно задавать интересующие его вопросы родителям, не боясь выслушать вместо ответа нравоучительную лекцию.

Мы полагаем, что ждать пока ребенок достигнет подросткового возраста, чтобы заняться его половым воспитанием, недопустимо. Детей надо воспитывать в любом возрасте, соответствующими данному возрасту способами. Только такой подход позволяет в будущем избегать затруднений в сфере сексуальных отношений.

Теория полового развития Фрейда

Фрейд был одним из первых ученых, осознающих, что сексуальность есть свойство человека, присущее ему на протяжении всей жизни. Фрейд считал, что половое влечение, или либидо (инстиктивное стремление к чувственному наслаждению), является ключевой силой, мотивирующей поведение. Утверждая, что либидо существует с младенческого возраста, Фрейд был, однако, далек от мысли об идентичности сексуальности в младенчестве и детстве и сексуальности взрослых людей. Напротив, он полагал, что ранние, не направленные на определенный объект сексуальные ощущения претерпевают в процессе развития ряд прогнозируемых изменений, которые необходимы для формирования личности взрослого человека и его поведения. Он подразделил этот процесс на 5 стадий.

В первый год жизни, названный оральной стадией, главным центром концентрации сексуальной энергии и чувственного удовлетворения служит рот. Младенцы не только получают видимое удовольствие от процесса сосания, но используют рот в качестве инструмента исследований, помещая в него предметы (любые предметы), чтобы понять, что они из себя представляют.

Анальная стадия занимает период от 1 до 3 лет. В это время сферой чувственного удовольствия становится анальная область. В процессе обучения отправлению естественных потребностей ребенок впервые получает возможность ощутить известную независимость от родительской опеки. Намеренно задерживая движения кишечника или, наоборот, давая им полную свободу, ребенок получает физическое и психологическое удовольствие, но постепенно приучается следовать общепринятым правилам гигиены.

На протяжении фаллической стадии в возрасте от трех до пяти лет эротический интерес переключается на наружные половые органы. На этой стадии Фрейд выделил два разных пути развития: для мальчиков и для девочек. При получении эротического наслаждения во время мастурбации у мальчика появляются фантазии полового сближения с матерью (что вполне естественно, поскольку он уже любит мать, так же как она его). Такие фантастические желания ведут к развитию эдипова комплекса (по имени героя древнегреческой трагедии, который по незнанию убил отца и женился на собственной

матери). Мальчик ревнует мать к отцу, считая последнего соперником в борьбе за ее любовь. В то же время мальчик боится гнева могущественного отца и особенно опасается, что тот накажет его, лишив пениса. Страх перед возможной кастрацией поддерживается в уме мальчика двумя логическими соображениями: 1) он считает, что пенис будет "наказан" как источник удовольствия и вины, 2) он уже знает, что у девочек не бывает пениса и, следовательно, его можно отнять. Проблема решается достижением продуктивного компромисса. Мальчик отказывается от сексуальных желаний в отношении матери и враждебного отношения к отцу, взамен идентифицируя себя с последним. Таким способом он пытается как можно больше походить на отца, чтобы однажды стать столь же могущественным и быть в состоянии удовлетворить свои сексуальные устремления.

У женщин аналогом эдипова комплекса служит комплекс Электры, названный так по имени персонажа древнегреческой легенды о принцессе, содействовавшей убийству собственной матери. Комплекс Электры сложнее эдипова комплекса. Он основан на том, что девочка чувствует себя обманутой и завидует мальчикам, когда обнаруживает, что у тех есть пенис. Эта так называемая зависть к обладателям пениса приводит к развитию у девочки желания быть с отцом и избавиться от матери, которую она считает виновницей вставшей перед ней дилеммы. По мнению Фрейда, эта ситуация решается не столь адекватно как случаи эдипова комплекса, поскольку девочка не столь сильно мотивирована страхом: в конце концов, она все равно уже "потеряла свой пенис". Фрейд считал, что это менее успешное разрешение конфликта в детском возрасте является причиной того, что степень психологической зрелости женщин меньше, чем у мужчин, поскольку зависть к обладателям пениса сохраняется на протяжении всей жизни.

После исчезновения эдипова комплекса или комплекса Электры (обычно к шести годам) начинается латентная стадия, на протяжении которой сексуальные позывы, по-видимому, теряют свою актуальность. У ребенка пробуждаются иные интересы, появляются интеллектуальные и социальные цели. Эта стадия завершается к пубертатному периоду, когда внутренние биологические силы обусловливают наступление генитальной стадии. Подростки постепенно привыкают концентрировать свои интересы на гетеросексуальных отношениях в целом и половых контактах в частности. Стадия завершается формированием сексуальности, свойственной взрослым людям. Краткий очерк фрейдовской теории полового развития не отражает всего ее богатства и сложности постулатов. Достаточно сказать, что учение Фрейда лежит в основе современной сексологии. Однако в контексте данной публикации уместно высказать несколько критических замечаний в отношении этой теории. Прежде всего, следует признать, что Фрейд недооценивал влияние культурной среды на половое развитие. В частности, высказано предположение, что анальная стадия на самом деле обусловлена не столько стремлением к получению эротического удовлетворения, сколько выработанными в ходе развития культуры навыками контроля за деятельностью кишечника (Marmor, 1971). Точно так же, культурно-антропологические исследования показали, что эдипов комплекс не является универсальным явлением, а латентная фаза служит прежде всего отражением жизни в обществе, накладывающем ограничения на проявления сексуальности, а не определяется исключительно действием внутренних психических сил. Кроме того, многие критики считают, что Фрейд имел искаженные представления о женской сексуальности (Millet, 1970; Sherfey, 1972; Tennov, 1975; Frieze et al., 1978). Наконец, сам Фрейд признавал неполноту многих своих выводов и отмечал необходимость их пересмотра по мере появления новых данных.

Теория обучения и половое развитие

В противовес воззрениям Фрейда, полагавшего, что ключевой силой, мотивирующей поведение человека, является половое влечение, исследователи более позднего времени стали придавать большое значение обучению и накоплению опыта, которые происходят в процессе взаимодействия человека с окружающей его средой.

Начало современной теории обучения было положено на рубеже нынешнего века, когда русский физиолог Иван Павлов (1849-1936) выяснил механизм условного рефлекса. Изучая пищевые реакции собак, Павлов обнаружил, что условные рефлексы (например, выделение слюны в ответ на предъявление пищи) можно вызвать не связанными с ними раздражителями, например звуковым сигналом, при условии, что данный сигнал регулярно повторяется перед кормлением. После того как между двумя этими событиями устанавливается связь, собака привыкает воспринимать звук как сигнал кормления, и уже один этот сигнал (условный раздражитель) может вызывать слюноотделение (условный ответ), даже без предъявления корма.

Павловская модель классического условного рефлекса непосредственно не объясняет половое поведение человека. У человека можно выработать "условный рефлекс" в павловском смысле слова, так чтобы он реагировал половым возбуждением на запах духов или лосьона для бритья, которым пользуется его(ее) половой партнер, или на звуки музыки, которую они обычно включают во время полового акта. Однако такая связь между раздражителем и реакцией на него в большинстве случаев недостаточно сильна, чтобы нейтрализовать другие воздействия на половое поведение: настроение, озабоченность и т.д. Усилиями ряда американских физиологов, в том числе Э. Торндайка, Дж. Уотсона и Б. Скиннера, рамки теории обучения были значительно расширены. Эти исследователи показали важность положительного или отрицательного опыта в формировании последующего поведения. Согласно принципу формирования оперантных условных рефлексов, поведение, сопровождающееся поощрением, приятным ощущением или устранением неприятного раздражителя, будет повторяться, тогда как поведение, сопровождающееся неприятными последствиями или прекращением вознаграждения, скорее всего станет менее частым.

Положительное подкрепление оказывает хорошо выраженное непосредственное воздействие на характер полового поведения. Так, например, ребенок, узнавший что потирание наружных гениталий сопровождается приятным ощущением, по всей вероятности, будет прибегать к нему снова и снова. Наказание также влияет на половое поведение. Возьмем, например, человека, испытывающего боль при половом акте. Если такое ощущение повторяется достаточно часто, человек устанавливает зависимость между коитусом и болезненным чувством, что заставляет его избегать половых контактов или сократить их частоту. Наказание используют для лечения лиц, совершающих преступления на почве полового влечения к детям. Процесс лечения, называемый аверсионной терапией, включает демонстрацию таким лицам фотографии детей и воздействие электрическим током, если при этом у них возникает половое возбуждение (Barlow, 1973). Лечение проводится в несколько сеансов, до полного исчезновения нежелательной реакции (полового возбуждения при виде ребенка).

Отрицательные факторы обычно оказывают меньшее влияние на половое поведение, чем положительные. Наказание иногда не столько устраняет нежелательное поведение, сколько приводит к попыткам скрыть его. Это случается особенно часто в ситуациях, когда имеет место одновременное воздействие положительных и отрицательных подкрепляющих факторов (конфликты типа приближение-избегание). В некоторых случаях угроза наказания только усиливает наслаждение: запретное волнует и возбуждает, а угроза становится элементом положительного подкрепления.

Еще в более широком контексте теорию обучения использовал Альберт Бандура (родился в 1925 г.), который предложил модель, названную социальной теорией обучения. По мнению этого исследователя, люди моделируют свое социальное поведение, наблюдая за поведением окружающих. Характер усваиваемой информации частично зависит от авторитетности человека, избранного в качестве примера для подражания. Так, пятилетний ребенок скорее будет имитировать поведение семилетнего брата или сестры, чем младших по возрасту членов семьи. Люди вообще склонны идентифицировать себя с теми, кого они уважают и кем восхищаются. Поэтому телевизионные и кинематографические герои часто служат объектами для подражания. Социальный опыт приобретается в общении с друзьями, учителями, родителями.

Теория обучения имеет самое непосредственное отношение к процессу психополового развития. Сексуальность у детей формируется не только под воздействием того, что говорят об этом их родители, но и под влиянием тех элементов поведения последних, которые они сами подмечают. Отношение к другим людям и характер поведения во многом определяются примером одноклассников, старших приятелей и других лиц за пределами семейного круга. Зрелище разжигающих сцен обольщения на киноэкране представляет собой одну из форм обучения в процессе наблюдения. Таким способом не имеющий сексуального опыта подросток "узнает", как ведут себя взрослые в подобных ситуациях. Обучение в реальных социальных ситуациях несомненно столь же важно для формирования полового сознания и половой роли.

Реакция ребенка на наготу родителей и сон в их постели

Многие специалисты высказывали предположения о возможных негативных последствиях обнажения родителей в присутствии ребенка и/или его сна в одной с ними постели, однако до последнего времени эти предположения основывались главным образом не на фактах, а на умозаключениях. Новейшие исследования, направленные на выяснение роли такого опыта в формировании сексуальности взрослого человека, проливают свет на этот вопрос.

В 1988 г. Льюис и Джанда (Lewis, Janda, 1988) провели письменный опрос, касающийся проявлений детской сексуальности среди 77 мужчин и 133 женщин - студентов психологических факультетов. В результате была получена информация: 1) о частоте сна вместе с родителями в возрасте от 0 до 5 лет и между 6 и 11 годами, 2) о случаях наблюдения обнаженных родителей или других взрослых в возрасте от О до 5 лет и от 6 до 11 лет, 3) об отношении родителей к проявлениям сексуальности детей, 4) о том, насколько свободно опрашиваемые чувствовали себя при разговорах о сексе с родителями, 5) их мнение о степени дискомфорта родителей при обсуждении с ними половых вопросов. Опрашиваемые должны были также ответить на вопросы относительно их текущих сексуальных отношений и поведения.

Исследование не выявило фактов, свидетельствующих об отрицательном влиянии вида наготы родителей на формирование сексуальности их детей. Напротив, мальчики, видевшие своих родителей обнаженными, легче устанавливали физические контакты и привязанности, когда становились молодыми людьми. Если такой опыт имел место в возрасте от 6 до 11 лет, единственным последствием была склонность к вступлению в случайные половые отношения.

Маленькие девочки, наблюдавшие своих родителей обнаженными, становясь взрослыми, характеризовались повышенной сексуальностью по сравнению со сверстницами; какие-либо трудности при сексуальном общении у них не возникали. Если девочки видели

наготу родителей в возрасте 6-11 лет, то, как и у мальчиков этого возраста, единственным следствием была склонность к ранним половым связям, хотя достоверность этих данных вызывает сомнение.

Мальчики, которые спали в одной постели с родителями в возрасте до 5 лет, характеризовались по достижении взрослого возраста повышенной самооценкой, чаще вступали в сексуальные отношения и имели повышенную склонность к сексуальным контактам по сравнению с другими мужчинами. Женщины, которые в раннем детстве спали с родителями, испытывали меньший дискомфорт при физических контактах или установлении близких отношений по сравнению с другими женщинами. Ни у мужчин, ни у женщин не отмечено отдаленных отрицательных последствий сна в постели с родителями в детском возрасте. Таким образом, лица, утверждающие, что совместный сон детей с родителями может иметь нежелательные последствия, бьют тревогу совершенно необоснованно.

Выводы из исследования Льюиса и Джанды нельзя считать окончательными, тем более, что данные, полученные при опросах студентов, могут оказаться неприменимыми к более обширным популяциям. Однако это исследование открывает возможности для будущего систематического изучения детской сексуальности, которое так и не проводится до настоящего времени.

Практические указания по половому воспитанию вашего ребенка

Некоторые родители категорически отрицают необходимость полового воспитания, однако в действительности они не могут помешать ребенку получать сексуальную информацию - проблема лишь в том, влияют они сами или нет на формирование соответствующих представлений. Осознавая это и желая создать возможно более благоприятные условия для полового воспитания, многие родители приступают к выполнению этой задачи с большими опасениями, не зная, с чего начать, что говорить и как не напугать ребенка сообщением каких-нибудь неуместных подробностей.

На самом же деле научить детей разбираться в вопросах пола не труднее, чем научить их множеству других вещей. К примеру, чтобы показывать ребенку, как надо работать на огороде, совсем не обязательно иметь ученую степень по сельскому хозяйству. Бессмысленно ждать, что ребенок начнет расспрашивать вас о буквах, если вы не покажете ему букварь. Точно так же, не следует ждать, когда он заговорит о сексе - возьмите на себя инициативу обсуждения этой темы.

Ниже приводятся простые правила, которыми следует руководствоваться, обсуждая вопросы пола с детьми.

1. Постарайтесь вести беседу в самой естественной манере, как при обсуждении любой другой темы.

2. Избегайте длинных поучительных лекций по половым вопросам. Вам может потребоваться четверть часа, чтобы изложить все, что вы считаете нужным. Однако ребенок не может оставаться внимательным так долго - ему хочется задавать вопросы и получать конкретные короткие ответы.

3. Позаботьтесь, чтобы ваш рассказ не ограничивался одними биологическими фактами - ребенку захочется узнать о вашем к ним отношении, переживаниях и решениях.

4. Не бойтесь сказать ребенку о сексе "слишком много". Из его памяти почти наверняка выветрится все, что он не понял.

5. Если ваш ребенок употребляет непристойные слова, спокойно объясните ему их значение, а потом скажите, почему вы не хотите, чтобы он делал это. Можно, например, сказать: "Другим людям будет очень неприятно услышать такие слова" или "Не думаю, что это лучший способ рассказать о том, что ты чувствуешь". Помните, что злость или шутки по поводу употребления ребенком непристойных слов чаще всего побуждают его повторять их.

6. Старайтесь правильно называть половые органы, избегая для их обозначения таких слов, как "пипка" или "пиписька".

7. Даже дети дошкольного возраста должны знать, как защитить себя от сексуального насилия. Это значит, что вы должны научить ребенка говорить "нет" взрослым. Вот пример беседы на эту тему с четырех- или пятилетним ребенком: "Ты знаешь, что взрослым людям бывает иногда трудно найти себе друзей. Поэтому они знакомятся с детьми. В этом нет ничего плохого. Но если они просят делать такие вещи, о которых взрослые не должны просить детей (например, залезть руками в брюки), ты должен(на) ответить "нет" и тотчас прибежать и обо всем рассказать мне (Sanford, 1982).

8. Беседы о приближающемся половом созревании следует начинать прежде, чем ребенок достигнет подросткового возраста. Физические изменения (в том числе развитие молочных желез, менструации и поллюции) могут появиться и раньше десяти лет.

9. Мальчикам надо рассказать о менструациях, а девочки должны понимать, что означает эрекция. Не пренебрегайте обсуждением таких вопросов, как гомосексуальность и проституция. Большинство детей узнают об этих явлениях из телевизионных передач или читают о них, что пробуждает вполне естественное любопытство.

10. Расскажите, ничего не скрывая, о СПИДе и других болезнях, передаваемых половым путем. Но постарайтесь сделать это с учетом реакции ребенка. В конце концов, нет никакой необходимости запугивать пяти-или шестилетнего ребенка, рассказывая ему о фатальном исходе СПИДа. С другой стороны, если вы отложите этот разговор до тех пор, пока ребенок достигнет подросткового возраста, это вряд ли принесет ему пользу. Даже школьники младших классов должны знать, что такое СПИД и как он передается.

11. Постарайтесь, чтобы ребенок не испытывал смущения, задавая вам вопросы на половые темы. Не говорите ему: "Ты еще слишком мал, чтобы понять это". Если ребенок задает конкретный вопрос, он должен получить четкий ответ в доступной для него форме.

12. Если вы не можете ответить на вопрос ребенка, не бойтесь признаться в этом. Обратитесь к более знающему человеку, например вашему семейному врачу; он поможет найти нужные сведения.

13. Ответив на вопрос ребенка, убедитесь, что он понял ваши слова. Проверьте также, насколько ваш ответ соответствует тому, что действительно хотел узнать ребенок. Очень хорошо, если после вашего разговора у него появятся новые вопросы.

Беседа с ребенком о СПИДе

Многих родителей пугает разговор о СПИДе, так как они не знают, что следует говорить ребенку и как построить беседу с учетом его возраста. Ниже приводятся советы, почерпнутые из брошюры, опубликованной специальной комиссией по половому воспитанию - одним из наиболее авторитетных учреждений страны по данной проблеме.

Беседа с детьми 3-4 лет

В этом возрасте дети приобретают знания о своем теле и основных жизненных фактах. Они начинают спрашивать, откуда берутся дети, и способны понять простые ответы, но не разбираются в отвлеченных понятиях или сексуальных проблемах взрослых. Они уже справляются с выполнением элементарных правил гигиены, т.е. умываются, чистят зубы, самостоятельно едят и засыпают. Они начинают понимать необходимость уединения. Лучшее, что могут сделать родители, имеющие детей этого возраста, - создать атмосферу, в которой ребенок не стесняясь задает вопросы о разных частях тела, здоровье и сексуальности. При этом ребенок привыкает к мысли, что секс - это то, о чем можно свободно говорить дома.

Беседа с детьми 5-7 лет

Дети этого возраста понимают более сложные стороны таких явлений, как здоровье, болезнь и сексуальность.

Они интересуются такими вещами, как рождение, брак или смерть. Возможно, они что-то уже слышали о СПИДе от сверстников, взрослых или из телевизионных программ. Поэтому они могут испытывать страх перед этой болезнью. Им необходима уверенность в том, что ни с ними, ни с их родителями ничего такого не случится. Дети понимают ответы на свои вопросы, если они иллюстрируются конкретными примерами из повседневной жизни. Если, скажем, ваш ребенок до крови порезал палец, самое время объяснить ему, что микробы, вызывающие болезнь, могут попадать в организм через ранку. Ребенок в этом возрасте должен понимать, что нельзя принимать лекарства без разрешения родителей. Если среди его одноклассников есть ВИЧ-инфицированный, ваши сын или дочь должны знать, что сидя рядом, играя или разговаривая с ним, они не могут заболеть СПИДом.

Беседа с детьми 9-12 лет

В организме детей этого возраста уже происходят изменения, присущие пубертатному периоду. Подростков чрезвычайно интересует собственное тело, внешний вид, что следует считать нормой. Для некоторых из них - это время начала менструаций, первых сексуальных контактов и употребления наркотиков. В этом возрасте ребенок начинает ощущать сильное давление социальных факторов. Поэтому не откладывайте беседу о СПИДе. Необходимо сделать все возможное, чтобы ребенок знал, как уберечься от СПИДа. В период полового созревания дети проявляют повышенный интерес ко всему, что связано с сексуальной жизнью человека и им необходимо предоставить полную и точную информацию. Они должны знать, что такое половое сношение, гомосексуализм, оральный и анальный секс. Им следует объяснить, что результатом сексуального контакта может быть беременность или заражение ВИЧ. Необходимо объяснить также, почему половое сношение между детьми может повредить здоровью и что лучше отложить начало половой жизни на более позднее время. Дети должны также знать, как передается ВИЧ, в каких случаях передача невозможна и как вообще избежать инфицирования

(включая использование презервативов). На первый взгляд кажется, что объяснить все это ребенку - очень трудная задача, однако выполнить ее - родительский долг, а полученные знания помогут вашему сыну или дочери в дальнейшей жизни. Ребенку необходимо внушить уверенность в том, что именно от вас он может получить ответ на любой интересующий его вопрос о СПИДе или сексе.

Выводы

1. Половая самоидентификация обычно формируется в процессе взаимодействия биологических и психосоциальных факторов в течение первых лет жизни.

2. Эрекция возникает уже на последних месяцах развития плода. Этот факт свидетельствует о врожденной природе сексуальности, которая проявляется с самого начала жизни. Уже на первом году жизни дети могут дотрагиваться до наружных половых органов, реагируя на такую самостимуляцию звуками и улыбками, выражающими удовольствие.

3. Большинство детей проявляют большой интерес ко всему, что связано с сексуальностью, и рано или поздно вовлекаются в сексуальные игры с другими детьми (к числу таких игр относятся контакты между детьми одного пола и сексуальные контакты между детьми в одной семье). Многих родителей это пугает, однако такие игры вряд ли могут принести вред детям, если не содержат элемента принуждения.

4. Многие сексологи отвергают концепцию Фрейда о наличии стадии латентной сексуальности в позднем периоде детства. Их точка зрения основана на данных культурологических исследований, которые показали, что частота сексуальных игр возрастает по мере превращения ребенка в подростка.

5. Хотя многие родители полагают, что половое воспитание - это доведение до ребенка определенной информации в виде лекций, оно на самом деле представляет собой непрерывный процесс, который во многом определяется примером родителей, их реакцией на проявления сексуальности растущего ребенка и, конечно, характером получаемой информации. Половое воспитание в семье - важный инструмент, с помощью которого родители могут направить развитие детей в определенное русло, заложив тем самым основы сознательного полового поведения подростков.

Вопросы для размышления

1. Фрейд утверждал, что у маленького ребенка есть ощущение сексуального обладания родителем противоположного пола, и он испытывает чувство соперничества по отношению к родителю одного с ним пола. Согласны ли вы с этим? Приходилось ли вам наблюдать детей, ведущих себя подобным образом? Фрейд считал также, что девочки испытывают чувство зависти и неполноценности, когда узнают, что у мальчиков есть половой член. Что вы думаете по этому поводу?

2. Как должны вести себя родители, узнав, что их дети играют в "доктора" или участвуют в сексуальных контактах со сверстниками? Как вы рассматриваете ситуацию, когда партнерами по таким "сомнительным" играм являются братья и/или сестры? Должна ли в этом случае меняться реакция родителей?

3. Эрик Берне, создатель "Transactional Analysis", следующим образом высказался по поводу обучения детей правилам туалета: "Ангел в ванной становится дьяволом в спальне". Что он имел в виду? Какие ошибки делают родители, стараясь этого избежать?

4. Ребенок испытывает сексуальное удовольствие и даже может мастурбировать до наступления оргазма. Что по вашему мнению означает этот факт? Как должны реагировать родители, если ребенок выражает крайнее раздражение при попытках прервать мастурбацию или если такая самостимуляция имеет место по нескольку раз в день.

5. Многие родители пытаются воспитывать дочь или сына как будто не существует лиц другого пола. Можно ли и надо ли это делать? Иными словами, идет ли на пользу ребенку, если родители отвращают его или ее от исполнения половой роли, предписываемой культурной традицией?

6. Можно ли рассказывать ребенку лишнее о сексе в ответ на его вопросы? Следует ли отвечать на все вопросы или есть вещи, о которых детям не следует знать, пока они не вырастут?

9 глава. Сексуальность подростков

Подростковым считается возраст от 12 до 19 лет. Это время быстрых перемен и трудных исканий. Физические изменения - лишь часть процесса взросления. Одновременно подростки сталкиваются с многочисленными психологическими проблемами: они становятся независимыми от родителей, учатся правильно строить свои отношения со сверстниками, вырабатывают для себя комплекс этических принципов, развиваются интеллектуально, приобретают чувство индивидуальной и коллективной ответственности. И это далеко не полный перечень перемен в их жизни. Вживаясь в эту новую для него сложную обстановку, подросток должен в то же время решать вопросы, связанные с формирующейся сексуальностью, а именно: приспосабливаться к новым половым ощущениям, включаться в разные формы сексуальной активности, распознавать возникающее чувство любви, предотвращать нежелательную беременность. Неудивительно, что многие подростки испытывают в этот период дискомфорт и неуверенность в себе.

С другой стороны, подростковый возраст - это время открытий и откровений, время, когда физическое развитие в сочетании с большей интеллектуальной и эмоциональной зрелостью создает ощущение приподнятости и свободы. Подростковый возраст - это не только период страхов и опасений, как думали раньше, это одновременно приятное и счастливое время бурного, беспокойного перехода из детства в зрелое состояние (Offer, Offer, 1975). Парадоксальная природа подросткового возраста особенно ярко проявляется в сексуальной сфере.

Обзор

Рассказ о сексуальности подростков мы хотим предварить коротким анекдотом, который довольно точно отражает суть проблемы.

Отец: "Мне кажется пришло время поговорить о сексе"

Сын: "Конечно, папа. Что бы ты хотел узнать?"



Заметим, однако, что эта шутка не совсем верна: на самом деле подростки не знают всего, что им нужно знать о сексе, хотя многие из них ведут себя так, словно знают все. Более того, располагая неполной, недостоверной и неправильно понятой информацией, многие подростки чувствуют себя неловко, когда дело доходит до секса. Четырнадцатилетний подросток может переживать от того, что не умеет целоваться взасос, шестнадцатилетних подростков беспокоит вопрос, как приступить к половому акту, почти всех волнует мысль: "Нормальна ли моя половая жизнь?" Под рассчитанной на окружающих позой искушенного в сексе человека подросток нередко скрывает собственную тревогу и неуверенность.

В процессе формирования сексуальности подросток задумывается над множеством вопросов и решает вполне конкретные проблемы:

1) он хочет знать, как меняется его внешность по мере взросления, как он выглядит в глазах окружающих и каков он на самом деле;

2) он познает собственное тело, его половые потребности и реакции;

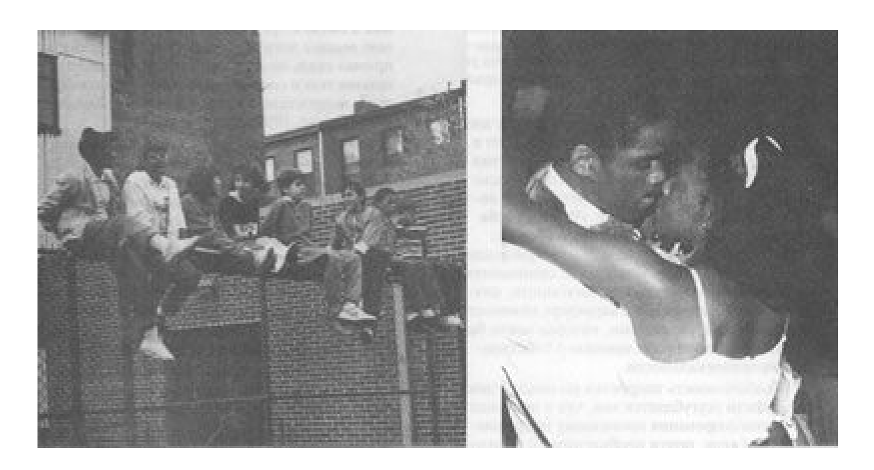
3) у него формируется представление о самом себе как о существе определенного пола, он начинает играть свою половую роль, приобретает уверенность в правильности собственной половой ориентации;

4) он учится любить и вступать в интимные отношения;

5) у него формируется собственная система сексуальных ценностей.

При обсуждении всех этих проблем следует помнить, что нет одинаковых подростков. Выводы из наблюдений за сексуальностью 13-летней девочки неприменимы к 17- или 18-

летним девушкам. Больше того, 13-летние подростки тоже разные. Отличаясь по степени физической зрелости, они точно так же отличаются по степени эмоционального развития. Подростки, принадлежащие к разным социальным слоям (или даже к одному слою, но живущие в разных городах), зачастую подвержены влиянию совершенно разных культурных традиций и представлений. В сочетании с другими факторами (социально-экономическими и религиозными), а также той или иной моделью половой роли, это обусловливает специфический характер проявления и выражения формирующейся сексуальности.



Подростки младшего возраста любят собираться группами, тогда как в более старшем возрасте отдается предпочтение более романтичному времяпрепровождению вдвоем.

1. Связь между половым развитием и представлением о собственном телесном и духовном облике

Детям подросткового возраста хочется выглядеть привлекательными. Это желание имеет самое непосредственное отношение к тому, как они воспринимают собственное тело, какой его образ они сами для себя создали. Хорошо это или плохо, но мы живем в обществе, для которого ценность личности нередко измеряется степенью внешней привлекательности. Подростки, находящиеся под сильным влиянием средств массовой информации, очень быстро начинают это осознавать.

Кем бы вы ни были: мужчиной или женщиной, вы вероятно вспомните, обращаясь мыслями к отроческим годам, как стояли перед зеркалом и рассматривали свое лицо, боясь заметить на нем прыщик, искали изъяны в своей фигуре, как вас волновали ваши рост, вес и телосложение. Весьма печально, но даже многие взрослые чересчур заняты собственной внешностью. "Не слишком ли мал мой рост? Не слишком ли я толстая(ый)? неуклюжая(ый)? некрасивая(ый)?" В подростковом возрасте озабоченность внешним видом переходит все доступные рамки. Пятнадцатилетний мальчик, у которого еще не начался подростковый рывок роста, может быть на 15 см ниже средней девочки из своего класса, а 14-летняя девочка может весить 65 кг при росте 165 см. Страдания от сознания собственной неполноценности делают их робкими и застенчивыми. "Как я выгляжу?" - обычно для подростка более серьезный вопрос, чем для взрослого человека. Как замечает Зигель (Siegel, 1982, стр. 538):

"В этом возрасте практически любая и все вместе взятые физические особенности становятся предметом самого пристального внимания и изучения.

Это время, когда подросток любой ценой стремится избежать непохожести на других и когда нежелательное физическое отклонение от стандарта угрожает насмешками, поддразниванием и отторжением общества сверстников".

Одна из причин такой концентрации внимания на собственной внешности состоит в том, что подросток еще до конца не ощутил себя личностью, поэтому для него вопросы: "Как я выгляжу?", "Каким другие видят меня?" тождественны вопросу: "Что я из себя представляю?" Другая причина в том, что большинство подростков еще не выработали достаточно широкой концепции самооценки на основании собственных достоинств, личностных особенностей и характера взаимоотношений с окружающими, которая могла бы служить противовесом мнению о собственной непривлекальности.

Озабоченность подростка по поводу своей внешности усугубляется тем, что в процессе полового созревания происходит непрерывный рост тела, почти необъяснимым образом изменяются его размеры, форма, очертания. Девочки-подростки остро ощущают развитие молочных желез, не только наблюдая за их увеличением у.себя, но и сравнивая собственные параметры с тем, что они видят у подруг и знакомых. (Мальчики тоже замечают рост молочных желез у девочек-сверстниц и иногда сравнивают их размеры у одноклассниц; отчасти по этой причине чрезмерное развитие бюста вызывает у девочек такое же чувство неловкости, как и его малые размеры.) Внимание мальчиков-подростков на развитии собственных половых органов не столь заострено, поскольку последние не столь заметны. Однако они сами и их товарищи оценивают степень мужской зрелости по росту, развитости мускулатуры, наличию волос на лице и понижению тембра голоса. Подросткам, которые медленно развиваются физически, слишком хорошо знакомо чувство страха перед раздевалкой для мальчиков, где им приходится обнажать и выставлять тело на обозрение сверстников, подвергаясь насмешкам из-за отсутствия волос на лобке или недостаточно развитых мышц. Связанная со всеми этими явлениями озабоченность по мере психического и физического развития в большинстве случаев постепенно исчезает, однако в раннем периоде отрочества описанные проблемы по понятным причинам имеют первостепенное значение (Simmons, Rosenberg, 1975). В конце концов, переживания в связи с представлениями о собственном теле вполне логичны, коль скоро существует прямая связь между физической привлекательностью и социальным статусом в сообществах подростков (Kleck, Richardson, Ronald, 1974; Daniel, 1982; Chernin, 1985).

2. Познание собственного тела, его чувственных и половых потребностей и реакций

Подростки озабочены не только своей внешностью, но и изучением собственного тела. Это не так просто, как может показаться, поскольку взрослые не всегда берут на себя труд разъяснить им все аспекты полового созревания, а недостаток знаний порождает вполне объяснимую тревогу. В частности, многие девочки-подростки не знают, что повышение концентрации эстрогенов в крови сопровождается нормальными выделениями из влагалища и нередко приходят в замешательство или испытывают беспокойство, замечая пятна на нижнем белье. Мальчики могут сходным образом реагировать на эякуляцию в ночное время, если никто не объяснит им, что это - следствие нормального развития организма. Неожиданная эрекция, зачастую возникающая в самые неподходящие моменты (когда мальчика вызывают к доске решать задачу по алгебре, во время купания в компании приятелей или даже во время церковной проповеди), тоже почти всегда приводит подростка в смущение, вызывает у него растерянность или беспокойство. Вот как описывает один студент университета такой обескураживающий случай:

"На первом курсе я выиграл соревнование по плаванию, что было большим успехом. Все члены команды на тренировки и соревнования надевали короткие, плотно облегающие тело трусы, чтобы уменьшить сопротивление воде. И вот, когда во время торжественной церемонии я поднялся на пьедестал почета, чтобы получить медаль, случилась эрекция. Я стоял по стойке смирно, слушая победный гимн в свою честь, а мой член выпирал из плавок, как будто в них засунули переросший огурец". (Из картотеки авторов)

Один из основных способов познания собственного тела для подростков - разглядывание и ощупывание. Некоторые из них могут часами рассматривать мельчайшие подробности строения наружных половых органов, иногда пользуясь ручным зеркалом, а также линейкой или сантиметром (это особенно касается мальчиков), чтобы знать их размеры. Так же тщательно некоторые девочки-подростки рассматривают груди, обращая внимание на разницу их размеров, наличие или отсутствие волос вокруг околососковых кружков, величину сосков, размеры и форму этих органов. Наружный осмотр обычно переходит в ощупывание, во время которого подростки того и другого пола, экспериментируя, пытаются понять, какие ощущения приносит то или иное прикосновение и какие вызывает реакции. Одна 18-летняя девушка описывает это следующим образом:

"Когда мне было 13 или 14 лет, я часто смазывала половые органы детским кремом или кремом для рук, чтобы узнать, что я при этом буду чувствовать. Я терла свои органы рукой, дотрагивалась до них разными предметами, в частности пером или пушистым мехом чучела какого-то зверька. Я не думала, что мастурбирую и не стремилась к оргазму. В то время я и не знала, что такое оргазм. Но я хорошо помню, как играла сосками, то прикасаясь, то сдавливая их, брызгала на грудь теплой водой, иногда трогала клитор и в то же время терла сосок. Впечатление такое, что я пыталась найти какой-то рецепт, только не знала для чего". (Из картотеки авторов)

Такой способ знакомства с собственным телом постепенно переходит в осознанные попытки добиться полового возбуждения.

Подросткам интересно, каким путем можно себя возбудить, как быстро это случится, как увязать фантазии с их физическими следствиями, как долго может сохраняться возбуждение, как скоро оно возобновится, если ослабить его на время, что ощущаешь при оргазме и как себя чувствуешь, возбудившись, в отсутствие оргазма. Все это представляет собой как бы репетицию будущей сексуальной активности и отчасти - форму самоисследования, узнавания собственного тела и его реакций. Поскольку, вообще говоря, мы чувствуем себя увереннее в окружении знакомых вещей, такое повторяющееся самоисследование в конце концов приводит к лучшему пониманию себя и более комфортному состоянию.

Процесс познания собственного тела у каждого подростка проходит по-разному, но, вероятно, найдется немного мальчиков, которые, уединившись в своей комнате, не пробовали бы надеть кондом - просто посмотреть, "что же это такое". Точно так же большинство девочек-подростов пробуют ввести тот или иной предмет во влагалище, чтобы посмотреть, что из этого выйдет. Любопытство или желание "делать как взрослые" - это нормальные компоненты развития ребенка в подростковом возрасте.

Познание тела происходит не только наедине с самим собой - оно имеет место при взаимных прикосновениях, поцелуях, обнажениях друг перед другом. В раннем подростковом возрасте выраженные сексуальные действия обычно отсутствуют. Подростки ограничиваются тем, что подолгу держат друг друга за руки или прижимаются друг к другу (причем мальчик кладет руку на плечи девушки и только постепенно, иногда

через несколько недель, его рука опускается ниже, чтобы впервые "случайно" коснуться ее груди). В последующем правила игры существенно меняются: некоторые 17-18-летние подростки уже на первом свидании прибегают к оральному сексу.

3. Формирование половой самоидентификации

Известный психолог Эрик Эриксон (1968, 1985) полагал, что обретение чувства половой принадлежности и преодоление сопутствующей этому процессу неуверенности занимают центральное место в развитии подростка. Задача найти себя осложняется для подростка разнообразными потенциальными препятствиями, в том числе устойчивостью представлений о роли того или другого пола (культурными стереотипами признаков или поведения, присущих мужчинам и женщинам) и связанной с ней половой ориентацией. Этот период легче переносится подростками, у которых быстрее складывается образ "силача и заводилы", предполагающий атлетическое сложение, самообладание и готовность идти на риск (у мальчиков) и внешнюю привлекательность, плаксивость и способность идти на жертвы (у девочек). Труднее протекает формирование половой самоидентификации у подростков, которым сложно усвоить задаваемые стереотипом роли мужчины и женщины. Мальчик-подросток, больше интересующийся балетом, нежели бейсболом, или девочка, способная далеко толкнуть ядро, могут безо всяких оснований получить неприятную кличку, если он или она не в состоянии представить неоспоримые доказательства своей мужественности или женственности другими способами.

В начале или середине периода подросткового развития половое поведение в значительной мере мотивировано не истинным половым влечением, а представлением подростка о том, как следует себя вести и его желанием быть адекватно воспринятым окружающими (Miller, Simon, 1980; Gagnon, 1989). Подростки отчасти "доказывают" свою принадлежность к мужскому или женскому полу, демонстрируя требуемое установившимися стандартами гетеросексуальное поведение или рассуждая о сексе с видом искушенного человека. Так, сверстники с подозрением относятся к 16-летнему подростку, если у того никогда не было подружки, если он не прижимается к партнершам во время танцев или не высказывается по поводу фотографии на развороте последнего номера "Плейбоя". Точно так же 16-летняя девушка, которая не ходит на свидания, может подвергнуться насмешкам как "никому ненужная". Такое отрицательное отношение может быть выражено в еще более резкой форме, если она одевается не так, как "положено" девочкам в данной школе, или чрезмерно подчеркивает свое несексуальное поведение.

4. Познание сексуальных и любовных отношений между людьми

Ребенок начинает познавать сексуальные и любовные отношения между людьми в раннем подростковом возрасте, когда у мальчиков и девочек формируются необходимые навыки социального общения в процессе групповой деятельности, от выходов на прогулки до танцев, участия в вечеринках или совместных походах в кино. Для большинства подростков все это служит подготовкой к установлению более "серьезных" взаимоотношений, которые в последующем принимают форму гетеросексуального общения пар (поведение подростков с гомосексуальной ориентацией будет обсуждаться в этом же разделе несколько ниже). Вообще говоря, степень эмоциональной близости и сексуальной интимности в процессе таких взаимоотношений усиливается по мере взросления подростков и приобретения ими соответствующего опыта. Большинство из них проходит через целую серию такого рода романтических отношений на протяжении рассматриваемого периода (Gagnon, 1989). Они могут быть весьма разнообразными по форме: в некоторых случаях наступает самая настоящая влюбленность, приводящая к

половой близости уже в 13- и 14-летнем возрасте, хотя чаще сексуальное экспериментирование завершается половым актом лишь в позднем подростковом возрасте (Sorenson, 1973; Chilman, 1979; Furstenberg et al., 1987). Известны, однако, примеры половой активности подростков в отсутствие любовного чувства. Хотя в настоящее время лишь немногие мальчики-подростки получают первый сексуальный опыт от проституток (в отличие от относительно высокой частоты такого пути потери невинности в 1940-х годах, выявленной Кинзи), довольно часто это происходит "от нечего делать", без всякой романтической подоплеки или еще хуже - в состоянии наркотического опьянения.

Несмотря на то, что на протяжении последних 25 лет сильно изменились старые строгие "правила", устанавливавшие общепризнанные (и разные) нормы полового поведения для мужчин и женщин (Hass, 1979; Sarrel, Sarrel, 1979), секс в большинстве случаев продолжает оставаться для мальчиков-подростков способом самоутверждения и демонстрации превосходства, тогда как для их сверстниц наибольшее значение имеет возможность привлечь внимание, стать объектом ухаживания, наладить интимные отношения (Carrol, Volk, Hyde, 1985; De Lamater, 1987). Самое примечательное состоит, однако, в том, что большинство подростков в наше время отбросило устаревший "двойной стандарт", приветствовавший сексуальное экспериментирование мужчинами, но настаивавший на необходимости сохранения девственности молодыми девушками. Теперь популярнее более эгалитарный стандарт. Другие аспекты данной темы и проблема специализации половой роли у подростков в целом более подробно рассматриваются в гл. 11.

Важной стороной развития в середине и конце подросткового периода служит изучение правил и приобретение навыков сексуального общения, будь то любовная связь или другая форма социальных взаимоотношений. При этом подростки узнают пределы дозволенного, учатся выражать сексуальные переживания словами и иными способами, избегать недоразумений (не создавать впечатление кокетки для девушек и не выглядеть слишком агрессивным или нечутким для мальчиков), показывать партнеру, что тебе нравится и что не нравится. Опыт и уверенность, которые приобретаются подростками в процессе такого сексуального общения, чрезвычайно важны во взрослой жизни. Так, девушка, которая будучи подростком, научилась говорить "нет" слишком настойчивому ухажеру или тактично освобождаться от парня, "распускающего руки" на вечеринке, когда она не хочет этого, повзрослев, будет чувствовать себя увереннее в более серьезных ситуациях. Подростки, пережившие неудачу при сексуальном общении, в будущем станут с осторожностью вступать в близкие отношения, что лишит их непосредственности и беззаботности.

5. Формирование индивидуальной системы сексуальных ценностей

Формирование индивидуальной системы сексуальных ценностей происходит параллельно с поисками самого себя и представляет собой важный аспект развития подростка. Отвечая на вопрос: "Что я из себя представляю?", подросток одновременно ищет ответы и на такие вопросы: "Каковы мои взгляды?", "Во что я верю?", "Кого я должен избрать в качестве образца для подражания?" Подросток может, например, избрать в качестве общей линии поведения честность или, напротив, решить, что обман позволителен, если помогает добиться того, чего хочется. Точно так же, подросток может оказаться перед выбором считать секс способом выражения симпатии, удобной возможностью удовлетворить сексуальное желание или чем-то, что лучше отложить до прихода любви. Выбор приходится делать отнюдь не в вакууме, моральном или интеллектуальном. В конечном счете, он несомненно зависит от семейных и религиозных ценностей, а также от того,

каких взглядов на эту проблему придерживаются близкие и друзья подростка (Jessor, lessor, 1977; Feather, 1980).

Психосоциальные особенности подросткового возраста

Существуют многочисленные связи между социальными и психологическими реакциями подростков и биологическими аспектами полового созревания, которые обсуждались в гл. 7. Ниже мы вкратце рассмотрим некоторые из этих психо-социальных проблем.

Сексуальные фантазии

Сексуальные фантазии и сновидения (подробнее они рассматриваются в гл. 14) у подростков встречаются чаще и выражены более четко, чем у детей младшего возраста; нередко они сопровождают мастурбацию (Hass, 1979). В одном из исследований было показано, что только у 7% девочек и 11% мальчиков подросткового возраста, практикующих мастурбацию, она не связана с сексуальными фантазиями, тогда как примерно у половины подростков фантазии сопровождают мастурбацию практически все время (Sorenson, 1973). Назначение сексуальных фантазий у подростков многообразно: они усиливают удовольствие от сексуальной активности, служат суррогатом реального (но недоступного) полового опыта, вызывают половое возбуждение или оргазм, обеспечивают психическую подготовку к сексуальной активности в более старшем возрасте, создают возможность для безопасного сексуального экспериментирования в отсутствие стесняющих факторов. Сексуальные фантазии намечают те направления, по которым развивается сексуальное воображение у большинства взрослых людей. По этой причине опыт, приобретаемый подростком в процессе формирования индивидуального набора фантазий и познания способов их использования, имеет важное значение для его или ее последующей половой активности и приобретения уверенности в себе.

Самостоятельность

По мере того как у подростка формируется сознание собственной индивидуальности и уменьшается степень зависимости от родителей и других оказывающих на него влияние взрослых, возрастает значение взаимоотношений со сверстниками. Именно в процессе общения друг с другом подростки получают необходимые им поддержку и руководство. В этом возрасте чрезвычайно велико желание жить по-своему, исправить ошибки предыдущего поколения. Лишь с годами приходит осознание собственных целей, вырабатываются правила поведения и способы его контроля. Потребность подростков в свободе обычно сочетается с желанием быть похожим на своих друзей, хотя нередко им не удается совместить то и другое.

Отношение к сексу в разных молодежных группах может быть различным, поскольку отражает этнические и экономические особенности данной группы. В одном случае правила сексуального поведения могут быть вполне традиционными и возводить невинность девушки в степень высшей добродетели; тогда почти всякая сексуальная активность ограничивается рамками "законных" отношений. Если девушка не следует этим правилам, она приобретает плохую репутацию, которая может испортить ее будущее и делает ее жертвой мужчин, ищущих "легкой добычи". Если подросток входит в компанию, в которой на секс смотрят как на символ успеха и делят людей на "посвященных" и "непосвященных", это может заставить его быть сексуально-активным только из желания соответствовать принятым в его обществе стандартам. Более того, есть основания говорить о своего рода тирании сексуальных ценностей: сверстники ожидают

от подростка приобретения сексуального опыта в возможно более раннем возрасте и считают тех, кого не устраивает такое требование, несовременными, людьми второго сорта (Chilman, 1979; Sarrel, Sarrel, 1979; Burkhart, 1981).

Отношение подростка к сексу, принятие им решений, касающихся сексуальных отношений, отражает степень индивидуальной психологической зрелости, личную систему ценностей, моральные соображения, страх перед опасностью нежелательных последствий и наличие увлечения или любви. Эти личностные характеристики нередко вступают в противоречие с требованиями, предъявляемыми средой сверстников, и их ограничивающий эффект в современном обществе, по-видимому, сильнее ощущается подростками-девочками, нежели мальчиками. Создается впечатление, что подростки, начавшие половую жизнь или вплотную приблизившиеся к этому, выше других ценят личную независимость, больше полагаются на друзей, чем на собственную семью, чаще употребляют наркотики и алкоголь и в большей степени склонны к участию в политических выступлениях по сравнению со своими сверстниками (lessor, Jessor, 1975; I.L. Reiss, 1980).

В стремлении освободиться от опеки родителей некоторые подростки используют секс как доказательство своей независимости и способности самостоятельно принимать решения. Такая свобода достается им нелегко: ведь подростки получают от старшего поколения наследство, отягощенное устойчивым двойным стандартом в отношении секса и глубоким чувством сексуальной вины. И хотя мнение о равенстве полов в настоящее время распространено очень широко, влияние старых представлений во многих отношениях ощущается еще достаточно сильно. Мужчина до сих пор рассматривается как инициатор сексуальных отношений. Если же эту роль берет на себя женщина, ее чаще всего считают "агрессивной" или "сексуально озабоченной". Подростки еще не в состоянии разрешить все противоречия, возникающие при сексуальном общении, страдают от информации и неосведомленности. Более того, они зачастую склонны подменять один круг проблем другим (Sarrel, Sarrel, 1979; Burkhart, 1981).

Реакция родителей

Хотя в целом взрослые приветствуют стремление подростков к самостоятельности и порой даже требуют от них взрослого поведения, на сексуальные отношения в большинстве случаев это требование не распространяется. Очевидно, что многих родителей пугает сексуальность их подрастающих детей и они пытаются повлиять на нее самыми нелогичными способами: запрещают сексуальное образование в школах ("нельзя забивать голову вредными мыслями"), ограничивают получение подростками информации о противозачаточных средствах ("надо, чтобы девушка страшилась беременности"), осуществляют надзор за тем, что читает подросток и какие смотрит фильмы ("в чистых умах не заводятся дурные мысли"), изобретают школьную форму ("умеренность подавляет похоть") либо делают вид, что подростковая сексуальность просто напросто не существует.

К счастью не все родители придерживаются столь ханжеских взглядов на сексуальность подростков, некоторые из них относятся к этой проблеме гораздо более либерально. Есть родители, которые открыто обсуждают с детьми вопросы пола и даже помогают им в выборе противозачаточных средств. Более того, некоторые буквально толкают детей на приобретение сексуального опыта. Такое отношение можно объяснить желанием родителей заново пережить собственную юность, наблюдая за личной жизнью детей.

Важно сознавать, что половая активность подростков служит источником волнений для их родителей. Большинство тех, кто имеет дочерей, обеспокоены возможностью их нежелательной беременности, поскольку нет никакой гарантии, что противозачаточные средства будут употреблены ими правильно и в нужное время. Беспокоит родителей и возможность заражения болезнями, которые передаются половым путем. Кроме того, многие взрослые оказываются в двойственном положении: они искренне верят в необходимость соблюдения освященных традицией правил сексуального поведения, которые подростку кажутся непонятными, и в то же время не хотят выглядеть в глазах своих, детей чересчур строгими и старомодными. Интересно, что у некоторых родителей вызывает беспокойство, если их ребенок-подросток не проявляет интереса к сверстникам противоположного пола; они рассматривают это как вероятный признак склонности к гомосексуализму.

Большинство взрослых, каким бы ни был их собственный стиль половой жизни, стараются ограничить половую активность своих детей до женитьбы или замужества (I.L. Reiss, 1967, 1980). В результате такого отношения в тех случаях, когда родителям принадлежит основная роль в половом воспитании, у ребенка формируется более традиционная система сексуальных ценностей и возрастает вероятность сохранить девственность в подростковом возрасте (Lewis, 1973). Кроме того, последние исследования показали, что у подростка, привязанного к матери, повышается вероятность формирования взглядов на половые отношения и соответствующего поведения, которые свойственны матери (Weinstein, Thornton, 1989).

Особенности сексуального поведения

Взгляд на особенности сексуального поведения во многом зависит от того, как интерпретируются данные различных исследований, которые проводились разными авторами в разное время с использованием различных методов сбора материала. Общее во всех обзорах, посвященных этой проблеме, - ссылка на результаты, полученные Кинзи и его сотрудниками, однако читателям следует помнить, что все эти данные сорокалетней давности.

Мастурбация

Кинзи с соавторами (1953) установили выраженные различия частоты мастурбирования у мальчиков и девочек подросткового возраста. По их данным, 82% 15-летних мальчиков занимаются мастурбацией, завершающейся оргазмом; среди девочек того же возраста эта цифра составляет 20%. Столь значительное различие сохранялось на протяжении всего остального периода развития подростков. В более позднем исследовании Соренсон (Sorenson, 1973) показал, что онанизмом занимаются 39% девочек и 58% мальчиков подросткового возраста; среди 20-летних юношей и девушек эти цифры возрастают соответственно до 85 и 60% (Abramson, 1979; Arafat, Cotton, 1974; Hunt, 1975). Совсем недавно были опубликованы результаты опроса 580 женщин в возрасте от 18 до 30 лет, свидетельствующие о том, что более 3/4 из них мастурбировали будучи подростками (Kolodny, 1980). Следовательно, за последние десятилетия выявилась тенденция к увеличению частоты мастурбации у женщин.

Несмотря на столь широкое распространение этого явления, чувство вины и тревоги не перестает терзать подростков, занимающихся онанизмом. Согласно Соренсону (Sorenson, 1973), такие отрицательные эмоции "иногда" или "часто" испытывают 57% девочек и 45% мальчиков подросткового возраста. Эти данные подтверждаются другими авторами

(Abramson, Mosher, 1979; Hass, 1979). С другой стороны, мастурбация удовлетворяет ряд существенных потребностей подростков: она ослабляет половое и психическое напряжение, служит безопасным способом сексуального экспериментирования, повышает степень уверенности при сексуальном общении, контролирует сексуальные импульсы, помогает преодолевать чувство одиночества, снимает общий стресс (Sorenson, 1973; Clifford, 1978; Barbach, 1980; Kolodny, 1980). Взаимосвязь между чувствами вины и наслаждения хорошо отражена в следующих словах 19-летней студентки:

"Я стала мастурбировать примерно с 14-летнего возраста. Этому меня научили одноклассницы из воскресной школы. Сначала ничего, кроме стыда, я не испытывала; более того, я начала думать, что зря занимаюсь этим. Но однажды ночью, читая сексуальный роман, я стала потирать себя и внезапно испытала потрясающий оргазм. Это было полной неожиданностью, и с тех пор мастурбация стала доставлять мне удовольствие. Было приятно, что я могу испытывать такие ощущения, моя уверенность в себе неизмеримо возросла. Теперь у меня совершенно нет чувства вины по поводу того, что я мастурбирую, я занимаюсь этим, чтобы расслабиться или просто получить удовольствие". (Из картотеки авторов)

Ласки (петтинг)

Кинзи и соавторы понимали под ласками физический контакт между мужчиной и женщиной с целью достижения эротического возбуждения без полового акта. Многие специалисты несколько сужают это понятие, не относя к числу ласк поцелуи. Некоторые определяют ласки (петтинг) как сексуальные прикосновения "ниже талии", а поцелуи и объятия объединяют понятием "некинг" (от англ, neck - шея).

Согласно данным, полученным группой Кинзи, к 15-летнему возрасту 39% девочек и 57% мальчиков уже вовлекались в такую форму сексуальной активности, как петтинг, а среди 18-летних юношей и девушек эта цифра возрастала до 80%. Тем не менее до 19-летнего возраста ласки завершались оргазмом только у 21% мальчиков и 15% девочек. По данным Соренсона (Sorenson, 1973), сексуальный опыт у 22% опрошенных подростков не распространялся дальше поцелуев, а 17% предавались более смелым ласкам в отсутствие полового сношения. Опросы, проведенные среди 60 студентов-первокурсников нескольких колледжей, показали, что еще в период обучения в школе 82% из них приобрели опыт взаимной стимуляции наружных половых органов. 40% опрошенных женщин и половина мужчин подтвердили возникновение оргазма в результате петтинга (Kolodny, 1980).

Полученные данные следует рассматривать в контексте изменяющихся тенденций сексуального поведения подростков на протяжении двух последних десятилетий (Chilman, 1979; Hass, 1979). Современные подростки приобщаются к сексу в той или иной форме в более раннем возрасте (Murstein, 1980). В известной мере это обусловлено широким распространением наркотиков, таких, например, как марихуана. Данные ряда исследований свидетельствуют о том, что подростки, употребляющие наркотики, имеют более богатый сексуальный опыт, нежели их сверстники, не употребляющие марихуану или другие наркотические средства (Sorenson, 1973; Jessor, lessor, 1975, 1977; Kolodny, 1981).

Орально-генитальный секс

Отдельные исследования, проведенные в 70-80 гг. показали, что орально-генитальный секс со времен Кинзи стал более популярен среди подростков (табл. 9.1).

Таблица 9.1

Частота орального секса у подростков по данным четырех исследований

	Мужчины, %	Женщины, %
Куннилингус		
Kinsey et al. (1953, 1958)	8	14
Hass(1979)[1]	31/56	34/59
Young (1980)	51	41
Newcomer, Udry (1985)	50	41
Фелляция (минет)		
Kinsey et al. (1948, 1953)	23	12
Hass(1979)[1]	33/54	31/41
Young (1980)	58	31
Newcomer, Udry (1985)	44	32

(1) - Данные для 15-16 летних/17-18-летних подростков.

Данные, полученные при опросе подростков Среднего Запада (средний возраст анкетируемых 16,3 года), свидетельствуют о том, что орально-генитальный секс практикуют 53% мальчиков и 42% девочек (Newcomer, Udry, 1985). Примечательно, что эта форма половой активности зарегистрирована у четверти мальчиков-девственников и у 16% девственниц. Следовательно, по крайней мере в отдельных случаях ее можно рассматривать как безопасную альтернативу половому акту (она безопасна в том смысле, что исключает возникновение беременности). Для некоторых подростков эта форма половой активности безопасна и в психологическом плане, поскольку позволяет сохранить девственность и одновременно обеспечивает возможность в высшей степени интимного полового контакта.

15-летняя девочка:

"Я собиралась поддерживать с Биллом только дружеские отношения, но дело все-таки дошло до секса: в нас обоих пробудилась чувственность. Однако я была неготова отдаться ему. Я боялась забеременеть, чувствовала, что смогу не выдержать этого психологически и вообще не была уверена, что люблю Билла и хочу, чтобы он был моим первым мужчиной. Поэтому оральный секс представлялся мне хорошим выходом, хотя вначале я соглашалась на это только для того, чтобы доставить ему удовольствие". (Из картотеки авторов)

Другие исследования подтверждают, что описанное выше весьма типично: многие девочки-подростки рассказывают, что прибегают к орально-ге-нитальному сексу только потому, что этого хочет партнер, хотя и не находят в этом ничего хорошего (а иногда испытывают даже не совсем приятные ощущения) (Delamater, MacCorquodale, 1979; Hass,

1979; Waterman, Chiuzzi, 1982). Многих мальчиков-подростков не очень привлекает куннилингус (оральная стимуляция женских гениталий), однако "мальчики довольно часто делают то, что им не нравится, чтобы получить то, что нравится" (Newcomer, Udry, 1985).

В то же время некоторые подростки положительно относятся к орально-генитальному сексу и рассматривают его как средство установления в высшей степени интимных отношений с партнером и способ получить сексуальное удовольствие. Вот запись рассказа 17-летнего юноши: "Я начал делать это ради Салли, не ожидая получить никакого удовольствия, особенно после всех шуток на эту тему. Но дело приняло неожиданный оборот и мы стали заниматься этим всякий раз, когда приходило время секса". (Из картотеки авторов.)

Половое сношение

"Я потеряла девственность в 17 лет. У меня завязался роман с одним парнем, мне даже показалось, что я его люблю. Мы позволяли себе все что угодно, правда, никогда не доводили дело до конца, но однажды вечером это случилось. Мы ничего не планировали, не решали и не обсуждали: это произошло само по себе. Вначале я нервничала, но потом все пошло гладко. Мы стали заниматься этим по два или три раза в неделю и получали большое удовольствие. Я ни о чем не жалею". (Из картотеки авторов)

"Первая моя попытка полового сношения относится к 16-летнему возрасту. Моя подружка была младше меня, но уже потеряла девственность. Я так нервничал, что не мог попасть куда следует, а когда она попыталась помочь мне, у меня уже не осталось сил. Мы начинали снова и снова на протяжении нескольких часов, но безуспешно. Я был в отчаянии. Через несколько дней мы предприняли новую попытку и все прошло превосходно. После этого я чувствовал себя великолепно, как будто и не было той первой неудачи". (Из картотеки авторов)

"В первый раз все это было очень неприятно. Мой мальчик торопился и не знал, что делать, а потом все произошло так быстро, что можно сказать, закончилось, не успев начаться. "Что же в этом хорошего?" - думала я. После этого я несколько недель боялась, что заразилась венерической болезнью и видела плохие сны". (Из картотеки авторов)

Как видно из приведенных рассказов, первое половое сношение может принести радость, удовольствие, чувство близости и удовлетворенности, но может послужить также источником дискомфорта, вызвать чувство разочарования или вины.

Имеющиеся результаты исследований показывают, что возраст, в котором происходит первое половое сношение, на протяжении нескольких последних десятилетий снижался, особенно у девушек (табл. 9.2).

Таблица 9.2

Доля молодых американских женщин, начавших половую жизнь до замужества (в процентах)

Возраст, годы	Кинзи(1953)	Соренсон (1973)	Зелник, Кантнер (1971)	(1979, 1980)
13	1	9	-	-

14	2	15	-	-
15	3	26	14	23
16	5	35	21	38
17	9	37	26	49
18	14	-	40	57
19	17	45	46	69

В 1953 г. Кинзи с соавторами сообщили, что среди 13- и 15-летних девочек только соответственно 1 и 3% не сохранили девственность. К 20-летнему возрасту эта цифра увеличилась до 20%. В отличие от этого Соренсон (Sorenson, 1973) установил, что девственность потеряла примерно треть девочек в возрасте 13-15 лет и 57% девушек в возрасте от 16 до 19 лет. По данным Джессора и Джессор (lessor, Jessor, 1975), среди опрошенных учениц десятых, одиннадцатых и двенадцатых классов девственность потеряли соответственно 26, 40 и 55%. В более позднем исследовании Зелника и Кантнера (Zelnik, Kantner, 1980) было установлено, что частота вступления в половое сношение среди молодых незамужних женщин в Америке в период с 1971 по 1979 гг. возросла почти на две трети.

Возраст первого полового сношения у мальчиков-подростков за последние десятилетия существенно не изменился. Согласно сообщению Кинзи (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948), в 1948 г. 15% 13-летних и 39% 15-летних мальчиков не были девственниками. К 20-летнему возрасту эта цифра увеличивалась до 73%. Соренсон в 1973 г. (Sorenson, 1973) обнаружил, что половые связи имели 44% мальчиков в возрасте 13-15 лет и 72% 16-19-летних подростков. По данным Зелника и Кантнера (Zelnik, Kantner, 1980) 56% не состоявших в браке 17-летних мужчин и 78% мужчин того же статуса в возрасте 19 лет не были девственниками. Исследование, проведенное в отличающихся по расовой принадлежности группах населения крупных городов на северо-востоке США, показало, что чернокожие подростки становятся сексуально активными в более раннем возрасте по сравнению со своими белыми сверстниками (Finkel, Finkel, 1975). Эти сведения были подтверждены другими авторами (Zelnik, Kantner, 1980).

Мальчики в подростковом возрасте охотнее сообщают, что ведут половую жизнь, чем девочки-подростки (Bigler, 1989). Такое положение вещей сохраняется на протяжении десятилетий, несмотря на то, что разрыв между полами по частоте половых контактов с начала 60-х годов значительно сократился. И все же мужчины и женщины по-разному смотрят на первое половое сношение. В одной из недавно опубликованных статей об этом говорится следующим образом: "Хотя и те и другие в равной степени нервничают в связи с первым половым актом, девушек, по-видимому, больше беспокоит, правильно ли они поступают, а мальчиков - правильно ли они действуют" (Фонд защиты детей, Children's Defense Fund, 1988). Кроме того, для девушки мотивацией вступления в половую связь обычно служит стремление обрести или укрепить привязанность мужчины, а также гарантировать выполнение последним сопутствующих обязательств, тогда как юноши в большей степени руководствуются стремлением к сексуальному успеху и физическому наслаждению (Carroll, Volk, Hyde, 1985; Gagnon, 1989).

Следует отметить еще два произошедших с течением времени изменения в сексуальном поведении подростков. Одно состоит в явном сдвиге типа связи, которая приводит к

потере девственности мальчиком. В период, когда Кинзи проводил свои исследования, мальчики, как правило, получали первый сексуальный опыт от проституток (Kinsey et al., 1948); в настоящее время это случается довольно редко. Другое заметное изменение по сравнению с прошлыми временами состоит в том, что нынешнюю половую активность подростков нельзя считать "предшествующей браку".

"Половые отношения до брака, которые теперь стали обыденным явлением, редко бывают связаны с последующим в скором будущем замужеством или женитьбой. Если, к примеру, первый половой контакт подростков имеет место в возрасте 15-16 лет, а в брак они вступают, когда им за двадцать (причем в промежутке между этими событиями неоднократно меняют половых партнеров), первый сексуальный опыт следует рассматривать как самоцель, как событие, не имеющее никакого отношения к поиску спутника жизни" (Gagnon, 1989).

Формы взаимоотношений, обычные между подростками и их половыми партнерами, представлены в табл. 9.3. Было бы, однако, ошибкой считать тенденцию к более раннему началу половой жизни признаком неразборчивости подростков, поскольку у большинства из них одновременно имеется лишь один половой партнер. Многие потерявшие девственность подростки лишь время от времени имеют новые половые контакты (Shah, Zelnik, 1980). У некоторых подростков интерес к ним значительно ослабевает, как только спадает завеса таинственности, особенно если начало половой жизни не было связано с любовными переживаниями, а рассматривалось всего лишь как эксперимент. В результате на протяжении длительного периода они могут не иметь новых половых сношений или последние бывают редки. Некоторые подростки при этом ждут встречи с человеком, соответствующим их идеалу. Более регулярную половую жизнь ведут молодые люди, долгое время сохраняющие влюбленность друг в друга.

Таблица 9.3

Распределение подростков (женщин в возрасте 15-19 лет и мужчин в возрасте 17-21 года) по типу отношений с первым половым партнером в зависимости от расовой принадлежности (в %)

Тип отношений	Женщины: всего (936)	белые (478)	черные (458)	Мужчины: всего (670)	белые (396)	черные (274)
Помолвка	9,3	9,6	8,2	0,6	0,5	1,0
Устойчивая связь	55,2	57,6	46,5	36,5	39,2	21,9
Свидания	24,4	22,2	32,6	20,0	20,2	19,0
Дружба	6,7	6,0	9,4	33,7	30,2	5,7
Недавнее знакомство	4,4	4,6	3,3	9,3	9,9	5,7
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Перепечатано с разрешения из Family Planning Perspectives, v. 15, № 2,1983.

На протяжении последнего десятилетия стало очевидным, что среди подростков, имеющих опыт половой жизни, можно выделить группу, "несчастных, разочарованных и неудовлетворенных своими сексуальными отношениями". По мнению Колодни и сотр. (Kolodny et al., 1984), такие чувства испытывают до 30% всех подростков, ведущих половую жизнь. Некоторые из них имеют чрезмерно преувеличенное представление о том, что "должен" давать секс, и чувствуют себя неполноценными, когда реальный акт не вызывает потрясения и не приводит в экстаз. Часть подростков этой группы страдает половыми расстройствами, которые исключают наслаждение сексом, а другие получают удовольствие в начале половой жизни, но когда секс становится доминирующим компонентом отношений с партнером ("Теперь ему не надо ничего другого") или когда отношения прерываются и подросток чувствует, что им просто манипулировали или использовали в корыстных целях, он может испытать сильное разочарование. Большинство таких "несчастных" в качестве средства выхода из сложившейся ситуации избирают половое воздержание, надеясь, что с возрастом (или когда встретится достойный человек) положение изменится. Другие продолжают половую жизнь, не испытывая от нее большого удовлетворения.

Гомосексуальные отношения

Исследования Кинзи показали, что многие мужчины в подростковом возрасте по меньшей мере однажды вступают в гомосексуальные отношения. Среди девочек-подростков такие отношения распространены в гораздо меньшей степени. В последнее время наметилось некоторое снижение частоты гомосексуальных контактов среди подростков. По данным Соренсона (Sorenson, 1973), они имеют место только у 5% мальчиков в возрасте 13-15 лет и у 17% в возрасте 16-19 лет. 6% опрошенных этим автором девочек-подростков по меньшей мере однажды вступали в гомосексуальные отношения. По данным Хасса (Hass, 1979), 11% девочек и 14% мальчиков-подростков по крайней мере один раз имели сексуальные отношения с лицом одноименного пола, однако эти цифры представляются заниженными, так как многие опрошенные не рассматривали такие детские "игры" в качестве полового акта.

Следует иметь в виду, что отдельные случаи сексуального общения между подростками одного пола необязательно перерастают в "гомосексуализм". Большинство подростков, вовлекавшихся в такого рода контакты, не считают себя гомосексуалами и, становясь взрослыми, не приобретают гомосексуальной ориентации. Тем не менее у некоторых подростков развивается чувство вины или состояние неуравновешенности в связи с однократным эпизодом сексуальной связи с лицом своего пола; иногда это приводит к душевному смятению.

Подростки, чувствующие в себе гомосексуальные наклонности и не желающие становиться гомосексуалами, могут вести себя по-разному. Некоторые стараются подтвердить нормальную половую ориентацию, вступая в сексуальные отношения с лицами противоположного пола. Другие пытаются либо вообще устраниться от половых контактов, либо рассматривают свои гомосексуальные влечения как временные, и надеются на их исчезновение с возрастом. Наконец, отдельные подростки обращаются к врачу.

Есть подростки, которые интуитивно "чувствуют" свою гомосексуальную направленность и преодолевают испытываемый в связи с этим дискомфорт, общаясь с гомосексуалами, читая соответствующую литературу, т.е. принимая гомосексуальность как положительное явление. В гл. 16 говорится о том, что эти лица сталкиваются с известными трудностями из-за нынешнего отношения в обществе к гомосексуалам, поэтому до поры до времени

или вообще никогда не рассказывают о своих сексуальных наклонностях родственникам или друзьям.

Очевидно, что ощущение себя гомосексуалом затрудняет нормальное психосексуальное развитие подростка.

"Не существует никаких инструкций или правил, которыми мог бы руководствоваться подросток с такими проблемами. Более того, его мучают неосведомленность, страх и стыд. Половое развитие подростков с гомосексуальными или лесбиянскими наклонностями в значительной степени зависит от приобретаемого опыта, а за ошибки они расплачиваются смертельными болезнями, общественным порицанием и бойкотом. Формирование устойчивой гомосексуальной ориентации в таких условиях служит доказательством стойкости подростка" (Remafedi, 1989).

Возможно, по этой причине в подростковом возрасте сексуальные отношения с лицами одноименного пола зачастую носят нерегулярный характер и гомосексуальные наклонности не проявляются в полной мере, а регулярная половая жизнь по гомосексуальному типу начинается лишь к 20 годам или несколько позднее (Gagnon, 1989). Подростки, которые не скрывают своей гомосексуальной ориентации, часто испытывают враждебное отношение и со стороны сверстников и сталкиваются с проявлением гомофобии (ненависти к гомосексуалистам) (Martin, Hetrick, 1988).

Последствия сексуальной активности

Большинство авторов, изучавших последствия сексуальной активности у подростков, концентрировали внимание на случаях непредвиденной беременности. Социальные и психологические последствия раннего начала половой жизни изучены значительно слабее. Одно из последних исследований проливает свет на эту проблему благодаря анализу материалов анкетирования учащихся городских школ шт. Флорида в 1980-1982 гг. (Billy et al., 1988). В 1980 г. были опрошены 1405 учеников 7-9 классов в возрасте от 11 до 17 лет (в среднем 14,1). Спустя 2 года был проведен повторный опрос 1182 подростков (82% от первоначального числа), которые к этому времени перешли в девятые, десятые и одиннадцатые классы (средний возраст 15,9 лет). Авторы сделали следующие выводы относительно ближайших последствий раннего вовлечения подростков в сексуальные отношения:

1. Вопреки опасениям многих взрослых людей, секс в подростковом возрасте не приводит к существенным изменениям социально-психологического состояния детей.

2. Влияние ранней половой активности на взгляды и поведение в более зрелом возрасте у чернокожих подростков в целом выражено слабее, нежели у их белых сверстников. Особенно неблагоприятно она сказывается на успеваемости мальчиков белой расы и отношении к посещению занятий у белых девочек. (Причины этих различий неизвестны.)

3. Независимо от расовой принадлежности ранняя сексуальная активность способствует формированию более положительного отношения к вопросам пола.

Заслуживают обсуждения и биологические аспекты этой проблемы. Сексуальная активность подростков имеет биологические последствия даже в отсутствие непредвиденной беременности. Самым существенным среди таких последствий является опасность инфекции, передаваемой половым путем, поскольку в случае несвоевременного обнаружения болезни или ее неправильного лечения возможны нарушение детородной

функции и стойкое ухудшение здоровья (см. гл. 19). Данные о резком увеличении частоты заболеваний, передаваемых половым путем, на протяжении двух последних десятилетий вызывают особую тревогу из-за распространенного среди подростков отношения к этому аспекту половой жизни, которое можно выразить словами: "со мной этого не случится". Между тем, почти 2,5 млн. подростков ежегодно заражаются такими болезнями (Baldwin, 1988). Несомненно, что в эпоху СПИДа чрезвычайно важно всегда помнить об опасности, связанной с половыми отношениями, хотя нет никаких доказательств, что осведомленность в этом вопросе заставляет подростков существенно изменить половое поведение (Masters, Johnson, Kolodny, 1988; Bigler, 1989). Помимо всего прочего, твердо установлено, что ранние беспорядоченные половые связи служат фактором риска рака шейки матки в отдаленном будущем (Raymond, 1987; Layde, 1989).

Если не считать вышеуказанных опасностей, добровольное вступление подростков в половую жизнь, по-видимому, не представляет серьезной угрозы для их индивидуальности или эмоционального состояния, при условии что добрачные пары регулярно и правильно пользуются противозачаточными средствами. Как пишет один из авторов, "сексуальная активность как составная часть попыток установить близкие отношения с отзывчивым и надежным сверстником обычно не имеет отрицательных последствий для среднестатистического подростка" (Dryer, 1982). В то же время не все подростки добровольно вовлекаются в сексуальные отношения. В случае принуждения к этому виду активности подросток может получить долго сохраняющуюся психическую травму.

Наркотики, алкоголь и сексуальная активность подростков

На протяжении многих лет исследователи пытаются получить ответ на вопрос, как влияет на половую активность подростков употребление ими наркотиков и алкоголя. Есть указания на то, что и наркотики, и алкоголь ведут к более раннему началу половой жизни (Jessor, lessor, 1977; Ensminger, 1987), однако на самом деле ситуация гораздо сложнее.

Участники одного из последних общенациональных исследований пришли к выводу, что подростки, рано пристрастившиеся к марихуане или алкоголю, с большей вероятностью нежели их сверстники, не использующие наркотики и спиртное, начнут половую жизнь. В то же время было показано, что среди подростков до 16 лет, начавших употреблять марихуану и алкоголь, в течение последующего года большинство остаются девственниками (Mott, Haurin, 1988). Этот явный парадокс объясняется следующим образом. Хотя число подростков, которые стали употреблять алкоголь и марихуану, не достигнув 16-летнего возраста, а затем в течение следующего года начали вести активную половую жизнь, невелико: их относительная доля больше, чем доля подростков того же возраста, которые не употребляют спиртное и наркотики и теряют девственность на протяжении того же периода.

Рассматривая связь между сексуальностью подростков и употреблением ими наркотиков и спиртного под иным углом зрения, приходят к выводу, что подростки, раньше других проявляющие сексуальную активность, как правило, начинают употреблять спиртное и наркотики в следующем после первого полового контакта году (особенно это относится к женщинам) (Mott, Haurin, 1988).

Общенациональное обследование подростков - масштабное продольное исследование репрезентативной выборки, также позволило получить данные об употреблении

наркотиков и сексуальной активности этой группы населения. В 1976 г. у 71% юношей и 52% девушек, употребляющих разнообразные наркотические средства, была зарегистрирована сексуальная активность (по сравнению с 10% юношей и 3% девушек, которые не пользовались наркотиками). Аналогичные различия сохранялись в 1980 г., хотя интерпретация соответствующих показателей была затруднена тем, что опрошенные (те же лица, что в 1976 г.) повзрослели (Elliot, Morse, 1989). Кроме того, прослеживалась относительно четкая временная зависимость: первые опыты употребления запрещенных препаратов обычно предшествовали началу половой жизни. Число девушек, начавших использовать наркотики до первого полового контакта, было в 5 раз больше числа подростков того же пола, у которых имела место обратная последовательность этих событий. Среди анкетированных юношей число начавших употреблять наркотики, пока они оставались девственниками, было в 2,25 раза больше, чем число тех, кто имел первый половой контакт до начала использования запрещенных наркотических препаратов (Elliott, Morse, 1989).

В последнее время особенно широкое распространение среди подростков получил крэк (высокоактивная форма кокаина). Торговля крэком часто осуществляется на бартерной основе: в обмен на секс; это обстоятельство способствует распространению в школьной среде болезней, передаваемых половым путем (Goldsmith, 1988; Fullilove et al., 1990).

Заслуживают обсуждения несколько важных в практическом плане гипотез. Одна из них (Jessor, Jessor, 1977) постулирует существование у некоторых подростков "предрасположенности к переменам" - психологической особенности, отражающей готовность изменить свой статус в процессе развития (например, готовность подростка экспериментировать с наркотическими средствами или начинать активную сексуальную жизнь). Разумеется, психологическая готовность формируется не в безвоздушном пространстве; кроме того, она отчасти зависит от индивидуальных особенностей подростка. Лишенные такой предрасположенности "обыкновенные" подростки, верящие в бога и старающиеся хорошо учиться, в меньшей степени склонны ко всякого рода экспериментам, в частности употреблению наркотиков и сексуальной активности. Большое влияние на "предрасположенность к переменам" оказывает окружение подростка, особенно поведение его близких друзей.

Следует отметить, что несмотря на явную связь между употреблением подростками наркотиков и сексуальным экспериментированием, большинство сексуально активных мальчиков и девочек не злоупотребляют этими средствами и у них не развивается зависимость (хотя, вероятно, они гораздо чаще употребляют спиртное, чем их сексуально неактивные сверстники). Было бы поэтому ошибкой считать, что употребление подростками наркотиков в прямом смысле слова "вызывает" у них проявления сексуальной активности. В то же время очевидно, что наркотики и алкоголь снижают порог чувствительности для проявлений сексуальности; более того, некоторые подростки именно с этой целью используют указанные средства. К употреблению спиртного и наркотиков часто прибегают из-за их пресловутой "способности усиливать половое чувство", хотя на самом деле такая способность существует лишь в воображении подростка, а не заложена в химической структуре используемого вещества (более подробно этот вопрос обсуждается в гл. 22).

Наконец, небесполезно помнить, что проявления специфического поведения имеют место в разных жизненных обстоятельствах. Например, потеря невинности по-разному воспринимается в 13 и в 19 лет. Существует множество личностных и межличностных факторов, которые без сомнения оказывают значительно большее влияние на сексуальное поведение подростков, чем наркотики и алкоголь.

Несмотря на многочисленные кампании, призванные научить подростков говорить "нет" одновременно наркотикам и сексу, в реальной жизни наше общество до самого последнего времени рисовало наркотики и спиртное в самом привлекательном, возбуждающем сексуальную активность виде. Марихуану и кокаин нередко представляли в качестве изощренных возбуждающих средств, используемых профессиональными спортсменами и голливудскими звездами. Неудивительно, что на этом фоне природные любопытство и стремление к независимости подростков, усиленные особенно ощутимым в этом возрасте влиянием сверстников, приближают некоторых из них к употреблению наркотиков с одновременным вовлечением в половые отношения, поскольку они считают это атрибутами "взрослого поведения".

Непредвиденная беременность у подростков

Ежегодно среди американских подростков регистрируется более миллиона случаев беременности или один случай каждые 35 с. Поскольку речь, как правило, идет о непредвиденной и нежелательной беременности, неудивительно, что зачастую ей сопутствуют серьезные психологические, экономические и медицинские проблемы.

Масштабы этой "эпидемии" можно оценить на основании результатов статистических исследований (Alan Guttmacher Instutute, 1981; Zelnik, Kantner, Ford, 1981; Trussel, 1988; Henshaw, Van Vort, 1989).

Ежегодно в Соединенных Штатах среди девочек моложе 15 лет регистрируется 30 000 случаев беременности.

Ежегодно беременность отмечается у одной из каждых 12 молодых незамужних американок, примерно у половины из них беременность завершается родами.

Менее половины девочек-подростков применяют противозачаточные средства при первом половом сношении; неудивительно поэтому, что половина всех первых беременностей приходится на первые 6 мес с начала половой жизни.

Ежегодно у 400 000 американских подростков производится аборт, что составляет треть всех производимых в стране абортов.

Шесть из 10 американок, у которых в возрасте до 17 лет родился ребенок, снова беременеют, не достигнув 19-летнего возраста.

Уровень рождаемости в популяции американских подростков существенно превышает соответствующий показатель в других странах западного полушария; он вдвое превосходит аналогичную величину в Швеции и в 17 раз выше, чем в Японии (рис. 9.1).

Четыре из каждых 10 девочек, которым к настоящему времени исполнилось 14 лет, забеременеют, не достигнув зрелого возраста.

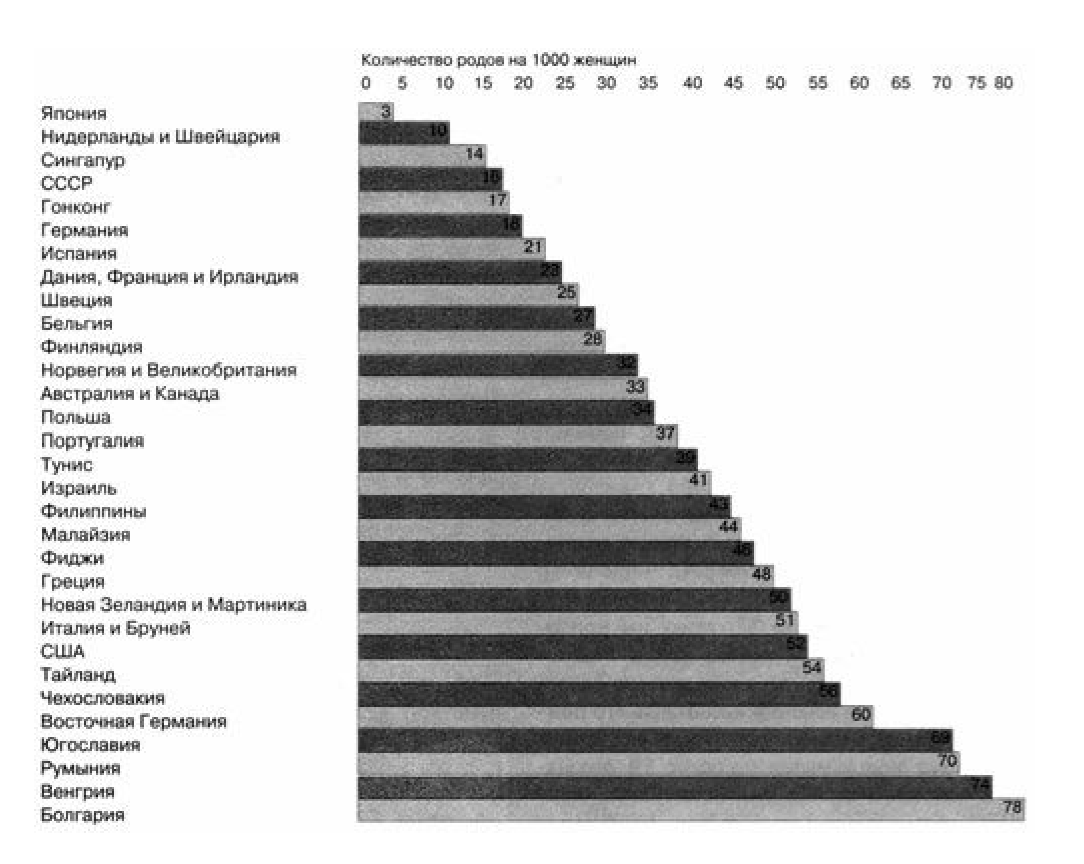


Рис. 9.1

Число родов на 1000 женщин моложе 20 лет в отдельных странах (середина-конец 1970-х годов)

В США ежегодно рожают примерно 5% подростков. В процентном отношении матерями в США становится больше подростков, чем в любой другой развитой стране, за исключением Чехословакии, Восточной Германии, Югославии, Румынии, Венгрии и Болгарии.

В Соединенных Штатах беременеют примерно 18% живущих половой жизнью подростков в возрасте от 15 до 19 лет, причем среди афроамериканок этот показатель значительно выше, чем среди белых (Maciak et al., 1987). В 1983 г. частота беременности составляла 181 случай на 1000 живущих половой жизнью молодых женщин, тогда как рождаемость (число живых новорожденных на 1000 таких женщин) равнялась 108. В остальных случаях производился аборт.

В 1985 г. беременность была зарегистрирована более чем у миллиона подростков (Henshaw, Van Vart, 1989). Из них более полумиллиона закончились родоразрешением живыми младенцами; свыше 400 000 случаев завершились абортами (остальное приходится на выкидыши и мертворождения).

Хотя после 1970 г. уровень рождаемости среди сексуально активных подростков значительно понизился, основная часть этого уменьшения обусловлена легализацией абортов в 1973 г. (Lewin, 1988).

Подростки-матери



Мать-школьница делает уроки во время кормления ребенка.

Приведенные статистические данные иллюстрируют высокую частоту непредвиденной беременности среди подростков, однако, чтобы понять всю серьезность проблемы, придется рассмотреть некоторые дополнительные аспекты последствий беременности у женщин подросткового возраста. Прежде всего, беременность у подростков создает тем более высокий риск для здоровья, чем они моложе (он особенно значителен для 13-16-летних).

В частности, дети, рожденные женщинами этой возрастной группы, имеют низкую массу при рождении и почти вдвое чаще умирают в младенчестве, чем дети 20-30-летних женщин (Smith, Mumford, 1980; McCormick, Shapiro, Starfield, 1981). Кроме того, беременность у подростков сопровождается более высокой частотой клинических осложнений, включая выкидыш, токсикоз и кровотечения, а также повышенным уровнем материнской смертности по сравнению с женщинами в возрасте от 20 до 30 лет (Fielding, 1978).

Возможно, еще большую тревогу нежели медицинские аспекты проблемы должны вызывать социально-экономические последствия непредвиденной беременности в подростковом возрасте. В настоящее время законом запрещено исключать из школы беременных учениц или молодых матерей, однако в недалеком прошлом многие такие учащиеся оставляли школу, причем навсегда (Bolton, 1980; Firstenberg, Menken, Lincoln, 1981; McGee, 1982). Женщинам этой группы было гораздо труднее, чем их сверстникам зарегистрироваться на бирже труда или устроиться на постоянную работу (McCarthy, Radish, 1982). Неудивительно поэтому, что такие матери чаще нуждаются в материальной поддержке государства (Moore etal., 1979; Alan Guttmacher Institute, 1981, McGee, 1989).

Можно, однако, и по-иному взглянуть на эту ситуацию. Имеются данные о том, что плохо успевающие девочки и выходцы из бедных семей чаще становятся матерями в школьные годы (Lewin, 1988). Создается в известном смысле порочный круг: низкий уровень академической подготовки и бедность делают более вероятной раннюю беременность, а уход из школы значительно ухудшает перспективы молодых матерей.

К счастью, однако, в настоящее время большинство матерей-школьниц успешно завершают образование, несмотря на все препятствия, стоящие на их пути (в отличие от ситуации, имевшей место еще 10 лет назад) (Upchurch, McCarthy, 1989).

Помимо всего прочего забеременевшие незамужние женщины подросткового возраста оказываются перед мучительным выбором. Чаще всего они не имеют ни моральной, ни материальной поддержки от отца ребенка. Поэтому им приходится решать: рожать или делать аборт. Решившись на роды, молодая мать снова должна делать выбор: самой растить ребенка или отдать его приемным родителям. Последний путь в настоящее время считают приемлемым не более 5% оказавшихся в подобном положении незамужних женщин (McGee, 1982; Henshaw, Van Vort, 1989). Иногда отец ребенка или родители молодой матери настаивают на выборе, который ее не устраивает, что создает дополнительные трудности и напряженность. Вот как описывает эту ситуацию 17-летняя женщина:

"Когда я обнаружила, что беременна, мой друг захотел, чтобы мы поженились и имели ребенка. У меня не было никакого желания выходить за него замуж и повесит себе на шею ребенка в 18 лет, поэтому я отказалась. Но его родители наняли адвоката и попытались помешать мне сделать аборт, после чего моя жизнь превратилась в сплошной кошмар. К счастью, я все же сделала аборт и избавилась от своего так называемого жениха. На будущий год я поступила в университет, вместо того чтобы нянчиться с ребенком". (Из картотеки авторов)

Беременность в подростковом возрасте довольно часто приводит к незапланированному замужеству. К сожалению, такие браки чаше других заканчиваются разводом, а риск самоубийства среди молодых женщин, оказавшихся в этой ситуации, значительно выше, чем в общей популяции (Cvetkovitch et al., 1975; Bolton, 1980; Furstenberg, Menken, Lincoln, 1981).

Подростки-отцы

До недавнего времени мы очень мало знали об отцовстве в подростковом возрасте и о том, какие юноши чаще всего становятся отцами. Благодаря исследованиям, проводившимся в последние годы, этот пробел постепенно заполняется.

В 1980 г.Хансен, Моррисон и Гинзбург отобрали группу десятиклассников из 1100 школ в различных регионах Соединенных Штатов. Работа с этой выборкой продолжалась в течение нескольких лет . Повторные опросы проводили в 1982 и 1984 гг. Сравнение подростков, ставших отцами, и лиц контрольной группы позволило сделать вывод о наличии трех основных прогностических показателей отцовства в подростковом возрасте: 1) принадлежность к черной расе, которая ассоциируется с повышенной вероятностью отцовства даже при должном учете социально-экономических факторов; 2) уверенность в себе, повышающая вероятность отцовства подростка на 50%; 3) нетрадиционное отношение к внебрачному деторождению. Указанные авторы подметили также, что частота отцовства в подростковом возрасте не зависит от того, прошел юноша курс полового воспитания в школе или нет (Hanson, Morrison, Ginsburg, 1989).

Эти данные согласуются с результатами других исследований и подтверждают, что принадлежность к черной расе повышает вероятность отцовства в подростковом возрасте (Michal, Tuma, 1985; Marsiglio, 1987).

Расовые различия, выявленные не только в цитированных, но и в других исследованиях, поднимают сложный вопрос об отношении к подростковой беременности и раннему деторождению среди афроамериканцев. По данным Марсильо (Marsiglio, 1987), американские подростки-негры вдвое чаще, чем юноши латиноамериканского происхождения и примерно вчетверо чаще, чем белые становятся отцами до вступления в брак. Более того, темнокожие подростки значительно реже, чем белые или латиноамериканцы пользуются противозачаточными средствами при первом половом акте (Sonnenstun, Pleck, Ku, 1989, табл. 5). Подробное обсуждение этого вопроса выходит за рамки настоящей работы, однако следует отметить, что, по мнению некоторых специалистов, экономические условия, в которых живет большинство афроамериканцев, порождают среди подростков пессимистические настроения относительно перспектив получения образования и работы, что в свою очередь приводит к мысли о допустимости и даже фатальной неизбежности раннего отцовства (Hanson, Morrison, Ginsburg, 1989). О более приемлемом отношении к раннему отцовству у чернокожих подростков по сравнению с их белыми одноклассниками сообщают и другие авторы (Haggstrom et al., 1981). Однако вопреки устоявшимся мифам, убедительных данных, свидетельствующих о слабой сексуальной и социальной ответственности, присущей юношам-афроамериканцам, нет.

В обществе существуют представления о юном отце: принято считать, что это легкомысленный, похотливый подросток, не желающий принять на себя материальную и моральную ответственность за ребенка. Новейшие исследования показывают, что этот малопривлекательный портрет весьма далек от оригинала. Напротив, многие юные отцы вовсе не желают бросать своего ребенка, пытаются участвовать в его воспитании и оказывать материальную поддержку.

Сведения по этой проблеме, полученные в 80-е гг., были обобщены в книге под названием "Отцы-подростки" (Robinson, 1988). В ней приводятся характерные, как тогда казалось, черты этих юношей:

1. Миф о чересчур много знающем подростке. Юноша, рано ставший отцом, больше знает о сексе, чем его сверстники; он сексуально опытнее их.

Реальность. Несмотря на то что подростки-отцы действительно обнаруживают склонность к более раннему, чем у их сверстников, началу половой жизни, их знания в вопросах секса относительно ограничены, особенно в том, что касается применения противозачаточных средств.

2. Миф о донжуанстве. Подростки, рано становящиеся отцами, охотятся за ничего не подозревающими невинными девушками, добиваясь своего мягким обращением, лестью и обманом; это - законченные эгоисты, озабоченные только обольщением жертвы и не думающие о возможных последствиях.

Реальность. Имеющиеся данные показывают, что в половой связи между подростками, которая привела к беременности, редко присутствует элемент сексуальной эксплуатации. Более того, некоторые юноши полагают, что это партнерши использовали их в своих целях. Многие считают себя обманутыми, поскольку подружки уверяли их, что пользуются противозачаточными средствами, а в действительности не применяли их.

3. Миф о крутых парнях. Подростки-отцы - это юноши, не умеющие и не желающие контролировать сексуальные порывы, склонные любой ценой доказывать свои мужские

качества. Всякая новая половая связь служит для них лишь возможностью пополнить коллекцию побед еще одним именем.

Реальность. Нет никаких оснований считать, что подростки-отцы не умеют себя контролировать. Хотя желание продемонстрировать свои мужские качества через сексуальные действия иногда действительно имеет место (как, впрочем, и у многих зрелых мужчин), можно с равной степенью вероятности утверждать, что девушки, вступая в половые отношения и становясь матерями, тешат собственное честолюбие.

4. Миф о холодности. Подростки-отцы обычно удовлетворяются случайной кратковременной связью, они не способны любить, не испытывают душевной привязанностью ни к своей партнерше, ни к ребенку.

Реальность. Вопреки распространенному представлению о подростках-отцах как о легкомысленных, холодных людях, большинство из них очень привязаны к своим подругам и весьма серьезно относятся к их беременности.

5. Миф о легкомыслии. Узнав о беременности партнерши, подросток порывает с ней всякие отношения, предоставляя мать и дитя самим себе и не оказывая им никакой поддержки.

Реальность. Раньше такая ситуация действительно часто имела место. Чтобы избежать принудительного брака, будущий отец мог уехать из города, поступить в армию или попросту удариться в бега. Сейчас все изменилось. И дело не только в том, что браки по принуждению стали редкостью. Подростки-отцы зачастую сами стремятся жениться на матери своего будущего ребенка. (Одно из последних исследований показало, что треть подростков, узнав о беременности партнерши, не позднее чем через год вступают в брак, а половина из них начинают жить вместе с ребенком вскоре после его рождения) (Marsigho, 1987).

Разумеется, опровержение всех этих мифов и стереотипов отнюдь не означает, что все отцы-подростки проявляют чуткость и чувство ответственности. Некоторые из них бросают школу (хотя иногда это случается еще до беременности подруги), что ставит их в невыгодное положение на рынке труда. Не завершив образования, они лишают себя возможности хорошо зарабатывать и, следовательно, оказывать материальную поддержку ребенку. Многие подростки, становясь отцами, приобщаются к азартным играм, начинают употреблять наркотики или вовлекаются в криминальную деятельность, что можно в какой-то мере объяснить их стремлением к самоутверждению, а также недостатком денежных средств. Есть, наконец, и такие, которых вообще не интересует судьба собственного ребенка и его матери.

Подросткам, вступающим в брак, далеко не всегда уготовано счастливое будущее. Исследователи недавно обнаружили, что последствия такого поступка могут сказываться спустя много лет, независимо от того, был такой брак обусловлен беременностью или нет. В общенациональном репрезентативном исследовании, включавшем 14 000 мужчин трех возрастных групп, проводили сравнение между женившимися в возрасте до 19 лет или позднее. Лица, вступившие в брак будучи подростками, характеризовались более низким образовательным уровнем (средняя продолжительность обучения 11,8 лет по сравнению с 13,1 годами у позднее женившихся мужчин), меньшим уровнем денежных доходов в семье и значительно более низким служебным положением (Teti, Lamb, Elster, 1987). Кроме того, вероятность развода в семьях, создавшихся в раннем возрасте, была вдвое выше, чем при вступлении в брак в более зрелом возрасте.

Для полноты картины следует отметить, что отцами детей у женщин подросткового возраста не всегда являются их сверстники. Одно из последних исследований, проведенных в Балтиморе, в котором возраст отцов детей у женщин этой группы анализировали на основании записей в свидетельствах о рождении, показало, что 28% партнеров темнокожих и 45% партнеров белых женщин имели возраст более 20 лет (Hardy et al., 1989). Это исследование выявило только 16% отцов, которые женились на матерях своих детей или жили с ними спустя 15 мес. после рождения ребенка.

Предотвращение беременности



Незамужние матери-подростки изучают эффективные способы контрацепции.

Проблема незапланированной беременности у подростков не поддается простому решению. Тем не менее одна из основных ее причин очевидна: это неправильная информация или полное ее отсутствие. В настоящее время только в половине американских начальных и средних школ проводятся уроки полового воспитания, причем зачастую по сильно урезанной программе (Orr, 1982; Forrest, Silverman, 1989). В большинстве случаев они предназначены для учеников старших классов, что значительно снижает их профилактическую эффективность. Те взрослые, которые отдают предпочтение половому воспитанию в семье, безусловно придерживаются правильной точки зрения, однако не учитывают нынешнюю реальную ситуацию. Проведенные исследования показали, что только 10% родителей, затрагивающих в разговорах с детьми сексуальную тему, идут дальше элементарных запретов типа "нельзя" или "не делай этого". С другой стороны, Зелник и Ким (Zelnik, Kim, 1982) установили, что частота незапланированной беременности у ведущих половую жизнь незамужних молодых женщин, получивших половое воспитание, ниже, чем у таких же, но не прослушавших в школе соответствующий курс (табл. 9.4). Более того, имеются данные, свидетельствующие об эффективности проводимого в школе полового воспитания с точки зрения задержки вступления подростков в активную половую жизнь (Howard, McCabe, 1990).

Таблица 9.4

Влияние полового воспитания на частоту незапланированных беременностей среди молодых незамужних женщин

	Белые		Черные	

Возраст, годы	15-17	18-19	15-17	18-19
Прошли курс полового воспитания	15,4	25,0	28.7	48,2
Не прошли курс полового воспитания	25,0	31,9	49,2	54,0

Практически все специалисты сходятся во мнении, что ведущим фактором в программе борьбы с незапланированной беременностью у подростков служит воспитание у юношей более серьезного отношения к использованию противозачаточных средств. Такую работу среди подростков следует начинать заранее, ибо проведенные исследования показывают, что это повышает ее эффективность (Cvetkovitch, Grote, 1983). Хотя многие юноши не желают признаваться в своей неосведомленности в сексуальных вопросах, нередки случаи, когда 15-16-летние мальчики думают, что диафрагму можно извлекать сразу после полового акта, или не знают критических дней женского менструального цикла. Половое воспитание необязательно должно ограничиваться школьными уроками - оно может проводится дома, в рамках церковной пропаганды или муниципальных программ (Carrera, Dempsey, 1988; Sandoval, 1988; Kirbyetal., 1989). Половое воспитание должно иметь практический уклон, чтобы подростки знали, как и где покупать противозачаточные средства, почему необходимо договариваться с партнерами об их применении, зачем вообще нужно регулярно прибегать к средствам контроля рождаемости.

Другой важный аспект полового воспитания состоит в том, чтобы лучше разъяснить подросткам (как мальчикам, так и девочкам), почему применение противозачаточных средств может самым непосредственным образом влиять на их жизнь. Они должны быть информированы и о том, что применение контрацептивов снижает риск заражения болезнями, передаваемыми половым путем. Это важно не только потому, что побуждает юношу прибегать к защитным средствам, но и потому, что его озабоченность вопросами контрацепции заставляет и партнершу подбирать подходящие способы предупреждения беременности (Gilgun, 1983). Помимо всего прочего, подростки должны иметь мотивацию, чтобы ответственно относиться к проблеме контроля рождаемости.

Одним из главных членов сложного уравнения, объясняющего высокую частоту незапланированных беременностей у подростков, может являться информация о сексе, которую они получают из кинофильмов и телевизионных передач. Телевизионные программы, начиная от популярных мыльных опер, транслируемых в дневные часы, до шоу, занимающих самое выгодное эфирное время, являют глазам зрителей очаровательных актрис и актеров, которые ныряют в постель без всяких разговоров о контрацепции, взаимных обязательствах или возможных последствиях такого поведения. Принимая во внимание, что средний американский подросток проводит у телевизора примерно 30 ч в неделю, вряд ли стоит удивляться, что отсутствие положительных моделей полового поведения вырабатывает у него чересчур романтизированное представление о сексе как об элементе поведения, не требующем никакого контроля. Несмотря на попытки оказать давление, предпринимаемые некоторыми учреждениями, например Группой по планированию рождаемости, руководители телепрограмм в основном отказываются сбалансировать их содержание путем введения в сценарии сексуальной информации, которая бы в большей степени отражала реальные жизненные условия. Ситуация осложняется тем, что реклама противозачаточных средств на телевидении повсеместно запрещается под тем предлогом, что данные о них весьма противоречивы и наносят моральный ущерб многим телезрителям. Можно лишь надеяться, что в ближайшем будущем ситуация изменится.

Половое воспитание подростков



Подобные плакаты рассчитаны на подростков и имеют целью снизить частоту нежелательных беременностей в этой возрастной группе.

Споры относительно необходимости полового воспитания, особенно о целесообразности его проведения в школе, не утихают много лет. Небольшое число родителей и некоторые представители церкви выступают против любой формы полового воспитания на базе общеобразовательной школы, считая, что оно должно проводиться либо в домашних условиях (где оно вписывается в контекст семейных ценностей), либо в учреждениях, действующих под эгидой церкви. Однако большинство родителей и преподавателей считают, что участие школы в половом воспитании и необходимо, и целесообразно (Rosoff, 1989).

Относительно недавно наметилась явная тенденция к расширению полового воспитания на базе средней школы, хотя довольно часто профилактике СПИДа уделяется больше внимания и средств, чем половому воспитанию как таковому. В настоящее время во всех штатах, за исключением четырех, реализуются программы популяризации знаний в области СПИДа; школ, в которых учащиеся получают информацию по профилактике беременности, гораздо меньше (Кеппеу, Guardad, Brown, 1989). В результате только треть американских начальных и половина средних школ дает своим ученикам необходимые знания по половым вопросам (Огг, 1982; Кеппеу, Guardad, Brown, 1989). К сожалению, программы полового воспитания в разных учебных округах значительно отличаются с точки зрения содержания, количества часов и степени приемлемости общественным мнением. Те темы, которые по убеждению многих специалистов должны рассматриваться не позднее чем в седьмых или восьмых классах, на самом деле включаются в учебные программы не раньше девятого-десятого и даже позднее. Во многих школах так и не удается пройти многие важные темы, такие как способы контроля рождаемости, вопросы "безопасности секса" и гомосексуализма (Forrest, Silverman, 1989). Практическая ценность полового воспитания подростков старшего возраста значительно ниже, чем при его раннем начале. Возможно, именно по этой причине так редки сообщения об эффективности школьного полового воспитания с точки зрения его реального влияния на поведение подростков. В этом смысле ранее упоминавшееся сообщение Зелника и Кима (Zelnik, Kim, 1982) составляет исключение, так как по наблюдению этих авторов незамужние молодые женщины, ведущие половую жизнь, реже беременеют, если получили половое воспитание.

Одна из немногих признанных безоговорочно эффективными программ полового воспитания на базе общеобразовательной школы была реализована в центральной части Балтимора. Здесь обычные уроки и индивидуальные занятия в учебном комбинате,

включающем начальную и среднюю школы, объединили с занятиями по половому воспитанию и основам медицинской помощи на базе клиники, расположенной напротив, на той же улице (Zabin et al., 1988,1988a). Такая организация учебного процесса позволила в течение двух лет снизить частоту незапланированной беременности у подростков на 30%, однако было бы ошибкой считать эту программу простой программой полового воспитания. Ее результаты нельзя сравнивать с результатами более традиционных программ, призванных достигнуть той же цели в процессе обычных классных занятий, так как в действительности в данном случае только 22% всех контаков между преподавателями и учащимися имели место в классных помещениях.

Еще одна оригинальная программа для восьмых классов была разработана и внедряется в школах Атланты (Howard, McCale, 1990). Суть ее состоит в том, чтобы научить подростков противостоять влиянию сверстников и среды, направленному на вовлечение их в сексуальную активность. С помощью практических занятий под руководством психологов они приобретают новык давать отпор сексуальным домогательствам, щадя при этом чувства партнера. Участники программы, не имевшие опыта половых контаков до восьмого класса, продолжали воздерживаться от сексуальной активности вплоть до окончания девятого класса, в отличие от школьников, не вовлеченных в эти занятия.

Данные примеры высвечивают главные проблемы на пути реализации программ полового воспитания. Сообщение информации само по себе вряд ли может изменить половое поведение подростков. Это, несомненно, объясняет, почему половое воспитание в школе столь неэффективно (Furstenberg, Moore Paterson, 1985; Dawson, 1986). Ведь большинство программ представляют собой столь откровенный призыв к сексуальному воздержанию, что подростки попросту игнорируют их (Wilson, Sanderson, 1988; Brick, 1989).

Пропаганда воздержания может быть успешной среди подростков младшего возраста, не имеющих сексуального опыта, но в большинстве других ситуаций применять этот подход нецелесообразно, принимая во внимание нравы современного общества. Кроме того, такой подход несет в себе элемент подавления: в конечном счете он представляет собой не что иное, как попытку запугиванием принудить подростков к воздержанию, а это может вызвать обратную реакцию. И уж коль скоро нельзя ожидать, что большинство имеющих сексуальный опыт подростков вдруг прекратят половые контакты, нужно по крайней мере дать им положительные модели полового поведения, акцентируя внимание на необходимости применения противозачаточных средств.

По нашему мнению, более эффективным может оказаться компромиссный подход, подчеркивающий важность воздержания, но оставляющий подростку альтернативные варианты поведения. Для практической реализации такого подхода необходимо следующее (Peterson, 1988):

поощрять принятие подростками самостоятельных здравых решений

предоставлять им наглядную информацию, иллюстрирующую неблагоприятные последствия для здоровья ранней беременности и заболеваний, передаваемых половым путем

оказывать моральную поддержку подросткам, решившимся воздерживаться от половых контактов

способствовать укреплению взаимопонимания между подростками и родителями

привлекать к половому воспитанию подростков их родителей, а также пользующихся уважением других взрослых людей

предоставлять высококвалифицированные консультации и медицинскую помощь всем нуждающимся

Общепризнано, что ключевым фактором в борьбе за снижение числа незапланированных беременностей среди подростков и распространения болезней, передаваемых половым путем, является повышение чувства ответственности молодых мужчин в вопросе применения противозачаточных средств. Как показывают имеющиеся данные, степень информированности юношей относительно путей предотвращения беременности определяет правильность практического использования противозачаточных средств (Cvetkovitch, Grote, 1983), однако половое воспитание в этом направлении не должно замыкаться в стенах школы. Важную роль в этой работе могут сыграть муниципальные программы (Саггега, Dempsey, 1988; Sandoval, 1988), пропаганда с помощью средств почтовой связи (Kirby et al., 1989) и массовой информации, а также мероприятия, проводимые церковью. Важно только, чтобы получаемые подростками сведения имели практическую направленность, помогая узнать, где и как можно приобрести противозачаточные средства (и как преодолеть чувство неловкости при покупке), почему важно согласовать их применение с партнером, зачем нужно регулярно использовать эти средства.

Чрезвычайно важно осознать, что половое воспитание подростков не может быть успешным, если оно концентрирует внимание лишь на биологических аспектах и отрицательных последствиях. Школьные программы будут неполными и, следовательно, неэффективными, если в них не затрагиваются такие важнейшие вопросы, как содержание интимных взаимоотношений между людьми, существование разной половой ориентации и принудительных половых связей. Кроме того, если программа полового воспитания провозглашает сексуальные отношения между подростками изначально греховными, порочными и вредными, если ее авторы и исполнители недостаточно честны, чтобы признать, что секс дает подросткам, так же как и взрослым, наслаждение и радость, - такая программа не принесет ничего кроме вреда тем, для кого она предназначена:

Сексуальное поведение подростков Латинской Америки

Средний возраст начала половой жизни

По Morris, 1988 (табл. 2), с изменениями.

Женщины		Мужчины	
Мексика	17,0	Мексика	15,7
Гватемала	16,7	Гватемала	14,8
Бразилия	16,6	Бразилия	14,8
Коста Рика	16,6		
Панама	16,7		
Парагвай	16,9		

Информированность подростков в вопросах СПИДа

Появляется все больше сведений о том, насколько разбираются подростки в проблеме СПИДа и о влиянии таких знаний на их реальное половое поведение. Несмотря на неоспоримые доказательства опасности заражения ВИЧ при анальном или вагинальном сношении более чем с одним партнером, а также возможности уменьшить риск передачи ВИЧ при использовании презервативов (кондомов) (см. гл. 20), многие подростки, очевидно, забывают о необходимости принимать меры предосторожности.

В ряде исследований было показано, что 10% сексуально активных подростков постоянно пользуются кондомами (Strunin, Hingson, 1987; Di-Clemente, Boyer, Morales, 1988). По данным другого автора (Jaffe et al., 1988), 26% девушек подросткового возраста практиковали анальный секс, но только в трети случаев повышенного риска при этом использовались кондомы. Приблизительно у 40% подростков ежегодно бывает по нескольку половых партнеров, причем чем больше таких партнеров, тем реже участники полового акта руководствуются правилами "безопасного секса" (Catania et al., 1989). Даже мальчики-подростки, страдающие гемофилией (т.е. относящиеся к группе особенно высокого риска ВИЧ-инфицирования), не всегда демонстрируют разумное половое поведение; только один из девяти таких подростков постоянно пользовался кондомами, а 69% не изменяли сексуального поведения из-за опасения заразиться СПИДом (Overby, Lo, Litt, 1989).

Исследование, проводившееся в 1988 г. в клинике по планированию семьи в Балтиморе, показало, что осведомленность в вопросах СПИДа среди сексуально активных девушек-подростков, никак не отражалась на частоте использования ими кондомов при предшествовших опросу половых сношениях (Weismanetal., 1989).

С другой стороны, данные, полученные при общенациональном обследовании мальчиков-подростков 17-19 лет, свидетельствуют о значительном росте частоты применения ими кондомов за период с 1979 по 1988 гг. Так, число подростков, использовавших кондомы в предшествующем опросу половом акте, увеличилось в крупных городах почти втрое (с 21% в 1979 г. до 58% в 1988 г.) (Sonnestein, Pleck, Ku, 1989). Вызывает, однако, беспокойство тот факт, что презервативами значительно реже пользуются юноши-наркоманы, или имеющие половых партнеров-наркоманов и проституток, а также те, кто ведет беспорядочную половую жизнь. Поскольку почти 42% всех опрошенных в данном исследовании входили именно в эту группу, очевидно, что большинство подростков вряд ли целенаправленно прибегает к мерам защиты от СПИДа, опасаясь заражения.

Принудительный секс у подростков

Большинство исследователей, интересующихся проблемами сексуальной активности подростков, уделяют особое внимание сбору информации о том, в каком возрасте происходит первое половое сношение. Между тем сколько-нибудь крупного исследования проблемы принудительных сексуальных отношений среди подростков проведено не было. Сообщение Мура, Норда и Петерсона (Moore, Nord, Peterson, 1989), основанное на детальном анализе репрезентативной выборки американских подростков, отчасти заполняет этот пробел.

Частота принудительных сексуальных контактов (в процентах) среди лиц 18-22 лет в зависимости от возраста, пола и расовой принадлежности

Возраст	Женщины		Мужчины	
	Белые	черные	белые	черные
14	5,8	2,9	0,3	0,0
15	6,3	3,2	0,4	1,4
16	7,5	3,5	0,4	4,8
17	9,1	5,1	0,4	5,6
18	10,8	5,6	0,4	6,1
19	11,9	6,0	1,9	6,1
20	12,7	8,0	1,9	6,1

Указанные авторы в 1987 г. провели опрос примерно 1100 молодых людей в возрасте от 18 до 22 лет. Этот опрос был третьим в данной выборке. В начале исследования (в 1976 г.) возраст опрашиваемых составлял 7-11 лет, а в 1981 г. это уже были подростки 12-16 лет. 7% подростков в 1987 г. далиутвердительный ответ на вопрос: "Принуждали ли вас к сексуальному общению против воли, были ли вы жертвой изнасилования?"(По мнению исследователей, цифра 7% занижена ввиду специфического характера поставленного вопроса и не отражает истинной частоты принудительных сексуальных контактов.) Среди опрошенных белых женщин 13% сообщили, что были изнасилованы или принуждены к половому акту в возрасте до 20 лет. Аналогичные ответы дали 8% чернокожих женщин (см. таблицу). Частота принудительного сексуального общения у мужчин была ниже, чем у женщин, однако заслуживает внимания тот факт, что среди чернокожих мужчин она была втрое выше, чем среди белых (6% по сравнению с 2%).

Авторам удалось оценить риск насильственного принуждения к совершению полового акта для белых девушек-подростков. Кроме того, они выявили 6 существенных факторов риска: пьянство родителей, употребление ими запрещенных наркотических средств, начало курения у родителей в подростком возрасте, физическая, психическая и умственная ограниченность подростка, проживание отдельно от обоих родителей до 16-летнего возраста, бедность.

В отсутствие всех этих факторов риск принудительного секса составлял 5,7%, а при наличии хотя бы одного из перечисленных обстоятельств - 9,4%. Присутствие двух факторов риска увеличивало вероятность принудительного вступления в сексуальную связь до 20 %; при наличии одновременно трех или более факторов этот показатель возрастал до 67,8%.

Как отмечают Мур, Норд и Петерсон, "Результаты данного исследования выявили одну из причин, по которой некоторые молодые люди не в состоянии предохранить себя от заражения венерической болезнью или беременности. Эта причина состоит в том, что довольно большая группа детей и подростков впервые вступает в сексуальную связь по принуждению".

Эмпатический живот

Специалисты в области полового воспитания и планирования семьи, врачи и родители уже давно думают над тем, как убедительно довести до сознания юношей реальность такого явления, как непредвиденная беременность у их сверстниц. К сожалению, большинство таких усилий, предпринимавшихся в прошлом, не смогли привлечь внимания подростков к этой проблеме. Возможно, ситуация вскоре коренным образом изменится благодаря появлению наглядного пособия, названного его создателями "эмпатический живот" (от англ, empathy - сопереживание, умение поставить себя на место другого).



Это пособие, показанное на фотографии, представляет собой род жилета, сконструированного таким образом, чтобы всякий носящий его, будь то мужчина или женщина, мог представить себе ощущения, испытываемые при беременности (хотя, конечно, очень приблизительно). Жилет состоит из нескольких отделений, заполняемых водой, чтобы имитировать выступающий живот, а его вес достаточно велик, чтобы вызывать боль в области поясницы, затруднять дыхание и дать почувствовать, каково носить на себе лишний пуд, не распределенный к тому же равномерно по всему телу.

На мужчин, примеривающих такой жилет, это производит двоякое впечатление. Преодолев первоначальное чувство растерянности, они прежде всего выражают крайнее удивление по поводу физического дискомфорта и ощущения усталости, которыми сопровождается такая имитация беременности. Как заметил один 16-летний подросток, "подняться по лестнице на один этаж с таким грузом - весьма суровое испытание" (любая испытавшая беременность женщина подтвердит это). После такого эксперимента мужчины выражают смешанное чувство восхищения и уважения к женщине, готовящейся стать матерью, нередко добавляя с удовлетворением: "Хорошо, что мне это не грозит". Мысль о таком наглядном пособии впервые пришла в голову изобретательнице этого новшества Линде Вэр (специалисту по вопросам просвещения в области регуляции рождаемости) много лет назад, когда она увидела плакат, на котором был изображен мальчик, поддерживающий свой живот. Надпись на плакате гласила: "Был бы ты осмотрительнее, если бы тебе самому грозила беременность?" После нескольких лет кропотливой работы и консультаций с врачами, медсестрами и другими специалистами Вэр, наконец, создала коммерчески приемлемое изделие.

Это изделие стоимостью около 600 долларов быстро получило признание в качестве наглядного пособия со стороны самых разнообразных учреждений, включая группы дородовой подготовки (где оно помогает будущим отцам лучше понять жалобы жен на физическое состояние) и курсы по созданию семьи и половому воспитанию, предназначенные для подростков. Хотя основное назначение данного пособия состоит в том, чтобы дать наглядное представление о беременности мужчинам, которые никогда не задумывались о физическом состоянии женщины в этом положении, его с таким же

успехом можно использовать, чтобы продемонстрировать 15-летним девочкам все прелести ранней беременности.

Выводы

1. Формирование сексуальности подростков происходит при участии ряда важных взаимодействующих между собой факторов. Среди них половое созревание; познание своего тела, его чувственных порывов и потребностей; половая самоидентификация; накопление знаний о характере любовных и сексуальных взаимоотношений между людьми; выработка собственной системы ценностей. Подросток учится интерпретировать свои сексуальные фантазии, противостоять влиянию сверстников и адекватно реагировать на отношение родителей к пробуждающейся в нем сексуальности.

2. Со времен Кинзи характер полового поведения подростков претерпел существенные изменения. С одной стороны, произошло сближение форм полового поведения у подростков разного пола, хотя юноши попрежнему чаще вовлекаются в половые отношения, чем девушки. К тому же, на протяжении трех последних десятилетий значительно снизился возраст вступления девочек-подростков в первый половой контакт. Хотя не все подростки имеют сексуальный опыт, а 30% утративших девственность испытывают разочарование по поводу происшедшего, большинство молодых американцев к 18-19-летнему возрасту в той или иной степени вовлекаются в сексуальную активность.

3. Некоторые подростки четко осознают, что не созданы для гетеросексуальных отношений; есть и такие, кто испытывает сомнение относительно своей половой ориентации. Гомосексуалы и лесбиянки нередко сталкиваются с враждебным отношением и гомофобией со стороны сверстников и родственников.

4. Несмотря на наличие сведений о том, что приобщение подростков к алкоголю и наркотикам так или иначе связано с сексуальным экспериментированием, эти данные нуждаются в уточнении. Употребление алкоголя и наркотиков может попросту отражать состояние, называемое "предрасположенностью к переменам".

5. Незапланированная беременность у подростков вызывает серьезное беспокойство общественности и органов здравоохранения Соединенных Штатов, поскольку ежегодно регистрируется более миллиона таких случаев. Ранняя беременность сопряжена с повышенным риском для здоровья (особенно у подростков младшего возраста) и чревата отрицательными социально-экономическими последствиями как для родителей, так и для ребенка. Тем не менее есть основания полагать, что подростки-отцы вовсе не безответственные любители острых ощущений, какими их обычно рисуют; многие из них не бросают ребенка, оказывают ему материальную поддержку и участвуют в воспитании.

6. До сих пор не предложено простого способа решения проблемы непредвиденной беременности у подростков (равно как и связанной с ней проблемы высокой заболеваемости в этом возрасте болезнями, передаваемыми половым путем). Тем не менее разработаны новые типы школьных программ полового воспитания, оказавшиеся более эффективными по сравнению со старыми, делавшими упор на доведение до подростков необходимого объема информации. Целесообразность нового, более практичного подхода подтвердится, если с его помощью удастся убедить юношей и девушек шире использовать противозачаточные средства, если будет преодолено отрицательное отношение общественности к реализации таких программ и если у подростков появится мотивация уклоняться от сексуальных контактов до более зрелого возраста. Следует, однако, иметь в виду, что внедрение этих программ, начиная с десятых-одиннадцатых классов, по нашему

мнению заведомо обрекает их на неудачу, поскольку половое воспитание подростков должно начинаться до того, как они достигнут юношеского возраста.

Вопросы для размышления

1. Существует ли до сих пор двойной стандарт в отношении сексуального поведения юношей и девушек? Делают ли современные подростки различие между "порядочными девушками" и "потаскушками"? Почему не существует названия, аналогичного "потаскушке", для мужчин?

2. Согласны ли вы с утверждением, что современная рок- и поп-музыка повышают вероятность вовлечения подростков в сексуальную активность? Следует ли добиваться от производителей музыкальных записей обязательного оповещения покупателей о сексуальном содержании альбомов (посредством соответствующих надписей или наклеек на кассетах и дисках?

3. Отличается ли суждение мальчиков и девочек о том, насколько важно, чтобы вступлению в половую связь предшествовала влюбленность? Верна ли по-прежнему поговорка: "Юноша влюбляется, чтобы овладеть девушкой, а девушка отдается, чтобы ее полюбили"?

4. Как добиться, чтобы юноши с большей ответственностью относились к необходимости применять противозачаточные средства?

5. Должны ли подростки получать противозачаточные средства и информацию о контроле рождаемости в школе? Если да, то в каком возрасте?

6. Почему, по вашему мнению, в Соединенных Штатах наиболее велико число случайных беременностей у подростков по сравнению с другими развитыми странами?

Глава 10. Сексуальность взрослого человека

Специалисты, занимающиеся вопросами развития, издавна рассматривают изучение детского и юношеского периодов как средство познания человека в зрелом возрасте. Такой подход во многих отношениях оправдан, однако он непроизвольно создает впечатление, что в какой-то определенный момент развитие прекращается, и взрослый человек становится относительно статичным существом. Другая точка зрения, которая зародилась еще во времена психологов Карла Юнга и Эрика Эри-ксона, напротив, подчеркивает динамичную сущность взрослого человека. Согласно этому мнению, период зрелости - это непрерывный процесс познания, кризисов и выбора. Даниэль Левинсон (1978) уподобил жизненный цикл путешествию:

"Характер путешествия определяют разнообразные обстоятельства, встречающиеся на пути. Они могут заставить изменить маршрут, ускорить или замедлить передвижение, и даже, в крайних случаях, совсем прекратить путешествие. Но до тех пор, пока движение продолжается, путешествие проходит в определенной последовательности"

Гейл Шихи (1976) предложила свою концепцию развития взрослого человека, представив его в форме легко прогнозируемых этапов, на каждом из которых вносится определенный вклад в это развитие. Она писала:

"Наше ощущение собственного я на каждом этапе несколько изменяется. Это касается и наших отношений с окружающими и степени защищенности от опасности, и нашего восприятия времени (все ли у нас впереди или мы начинаем чувствовать, что времени остается не так уж много?) В какой-то момент чувство полноты жизни сменяется ощущением угасания. Все эти смутные мысли составляют жизненный фон и формируют решения, в соответствии с которыми мы действуем"

В этой главе мы лишь вкратце остановимся на сексуальности зрелого возраста, поскольку далее мы будем подробно анализировать эту проблему. При чтении последующих разделов желательно исходить из представления о зрелом возрасте как о периоде изменения и развития.

Ранний зрелый возраст

Ранняя фаза зрелого возраста, примерно между 20 и 40 годами жизни, - это время, когда в жизни каждого человека происходят наиболее важные события: он вступает в брак, выбирает профессию, делает карьеру. В эти годы человек формируется как личность, на смену юношеским амбициям (порой ничем не подкрепленным) приходит трезвый взгляд на себя и окружающих, появляется ответственность за свои поступки в сфере личных взаимоотношений и семейной жизни.

Холостяцкая жизнь

В последние годы как в Соединенных Штатах, так и в других странах наметилась выраженная тенденция к вступлению в брак в более позднем возрасте по сравнению с предшествующими десятилетиями (Sweet, Bumpass, 1987; Goldscheider, Da Vanzo, 1989). Вследствие этого многие молодые мужчины и женщины, выйдя из юношеского возраста, подолгу живут холостяками, что безусловно сказалось на характере их полового поведения, которое претерпело значительные изменения со времен Кинзи. В наши дни большинство людей в возрасте от 20 до 30 лет считают, что для выбора будущего

супрута(и) важнее заранее приобрести сексуальный опыт, нежели сохранить девственность. По замечанию Эриксона (Erikson, 1968), умение строить интимные отношения рассматривается молодыми людьми, вступившими в пору зрелости, как важнейший навык.

Лица этой возрастной группы в меньшей степени подвержены "сексуальному давлению сверстников", нежели подростки, но в то же время испытывают более выраженную внутреннюю потребность в расширении сексуального опыта. Освобождение от родительской опеки обеспечивает большую свободу и создает больше возможностей для сексуальных контактов. По характеру полового поведения холостяков можно разделить на несколько условных типов. Экспериментаторы судят о ценности сексуального опыта по частоте, разнообразию и содержанию контактов. Мужчина и женщина этого типа смотрят на мир как на сексуальный "шведский стол" и рассуждают примерно следующим образом: "Сейчас самое время для этого, потому что потом я остепенюсь." Дерзающие стремятся найти идеал, вступая в сексуальные контакты и меняя партнеров в поисках лучшего. Консерваторы охотно завязывают связи, но откладывают половые контакты до установления "более серьезных отношений". У таких людей до вступления в брак может быть несколько сексуальных партнеров, но в любой данный период они находятся в связи только с одним. Разумеется, можно выделить и другие типы полового поведения, однако три описанных нами, по-видимому, встречаются наиболее часто.

Ранний зрелый возраст - это время сексуальной неудовлетворенности для одних и высочайшей радости для других. Причиной внутреннего конфликта может служить чувство сексуальной вины или аморальности собственного поведения, пронесенное через годы отрочества и юности. Свойственное подросткам сомнение в своей сексуальной полноценности может сохраниться до раннего взрослого возраста, вследствие чего молодой человек продолжает страдать от неуверенности в своих физических возможностях и способности к половым отношениям. Более того, к рассматриваемому периоду не всегда завершается половая самоидентификация, но даже те, чей гомо- или бисексуальный статус вполне сложился, могут сталкиваться с определенными трудностями социального порядка или предвзятым отношением окружающих.

Несмотря на указанные проблемы, половая активность молодых людей обоего пола в настоящее время значительно выше, чем в прошлом (Robinson, Jedlicka, 1982; Gagnon, 1989). Такое изменение связано прежде всего с исчезновением старого двойного стандарта, который допускал внебрачные сексуальные отношения для мужчин, но запрещал их женщинам (De Lamater, Mac Gorquodale, 1979). Неудивительно поэтому, что разрыв между полами с точки зрения добрачного полового опыта значительно уменьшился по сравнению с предшествующим периодом, как видно из табл. 10.1.

Таблица 10.1

Доля студентов колледжей, имевших половую связь до брака (в процентах)

Год	Мужчины		Женщины	
	%	число	%	число
1965	65,1	129	28,7	115
1970	65,0	136	37,3	158
1975	73,9	115	57,1	275

1980	77,4	168	63,5	230

Вопреки широко распространенному мнению, что молодость и холостяцкое положение автоматически обеспечивают счастливую сексуальную жизнь, реально все обстоит несколько иначе. Так, например, в одном из исследований, включавшем 250 студентов, 43% опрошенных указали, что их беспокоит отсутствие времени для сексуальных отношений, а 40% жаловались на невозможность уединиться с партнером (Koch, 1982). В этой же работе была выявлена относительно высокая частота половых расстройств: 37% опрошенных почти в половине попыток полового акта испытывали затруднения вследствие недостаточного увлажнения влагалища или эрекции; у 30% женщин отсутствовал полноценный оргазм, а у 23% мужчин имела место преждевременная эякуляция. Студенты - не единственная категория молодых людей, сталкивающихся с описанными проблемами. В проведенном в 1983 г. исследовании под названием "Психология сегодня" было установлено, что жалобы на отсутствие сексуальных желаний свойственны 28% молодых мужчин и 40% женщин; почти 20% опрошенных обоего пола испытывали неуверенность по поводу собственной сексуальной полноценности (Rubenstein, 1983).

В наше время молодые люди сталкиваются с новыми конфликтными ситуациями, которые можно рассматривать как реакцию на лозунг "все дозволено", под которым прошла сексуальная революция 60-70 гг. Например, поддержание половых отношений одновременно с большим числом партнеров считается предосудительным, несмотря на то что отношение к добрачным связям резко изменилось на протяжении трех последних десятилетий (Robinson, Jedlicka, 1982). Более того, в обществе усиливается отрицательное отношение к случайным половым контактам, хотя, по мнению многих, хороший секс возможен и без любви (Simenauer, Carroll, 1982; Rubenstein, 1983).

Указанная тенденция по крайней мере отчасти является следствием пропаганды профилактики заболеваний, передаваемых половым путем, в частности, СПИДа и герпеса. Страх заражения СПИДом в последние годы привел также к снижению частоты сексуальных контактов между молодыми мужчинами-гомосексуалистами, для которых вероятность случайных связей значительно выше, чем для их гетеросексуальных сверстников; одновременно повысился интерес к установлению "моногамных" отношений. (Этот вопрос более подробно рассматривается в гл. 16 и 20.) Вместе с тем страх - не единственная причина описанных изменений. Многие опрошенные молодые люди высказывали неодобрение случайных половых связей, объясняя свое отношение отсутствием душевной близости у партнеров при таких контактах. Вот образцы типичных ответов, полученных нами при опросах:

26-летний мужчина: "Раньше провести с кем-то ночь казалось соблазнительным, ни к чему не обязывающим приключением. Но после года такой жизни я начал понимать, что в этих встречах мне чего-то недостает. Я не испытываю привязанности к женщине, с которой переспал, да и я ей не нужен". (Из картотеки авторов)

30-летняя женщина: "Нельзя даже сравнивать ощущения от сексуальной близости с тем, кого любишь, и с тем, кого едва знаешь и к кому не испытываешь ни малейшего чувства. Случайная связь - это чисто механический акт, дающий только физическое удовлетворение. Секс с любимым человеком приносит счастье и чувство психологической защищенности". (Из картотеки авторов)

Почему молодые люди, довольствующиеся только случайными связями, со временем начинают испытывать дискомфорт? Питер Марин в статье под заголовком "Несбывшиеся обещания революции" (1983) так объясняет это. Сексуальная свобода и неограниченная возможность выбора не делают человека однозначно счастливым; более того, они чреваты разочарованиями, стрессом или конфликтными ситуациями. Иными словами, "насколько свобода расширяет сексуальные возможности, настолько же умножает и утяжеляет сопутствующие им неприятности, ошибки и вред, который мы причиняем друг другу."

Сюзан Уошберн (1981) обращает внимание на вредную с ее точки зрения тенденцию к коммерциализации секса.

"Когда секс становится товаром, кредо потребителя: чем больше тем лучше" распространяется и на половые отношения. Хорошо иметь одного партнера, а двух еще лучше, и конечной целью сексуального опыта становится оргия. Если один оргазм - это хорошо, то еще лучше длинная как китайский фейерверк цепочка оргазмов... Мы копим сексуальный опыт с такой же настойчивостью, как копим материальные ценности, мы стараемся урвать свое, пока не иссякли силы"

Недавний опрос студенток колледжей показал, что число половых партнеров в этой возрастной группе (De Buono et al., 1990, табл. 10.2) не уменьшается; более того, у большинства молодых людей в возрасте от 20 до 30 лет, призыв ограничить половой опыт сегодня вызывает усмешку. Как следует из табл. 10.3, большинство нынешних студентов, мужчин и женщин, безусловно ведут активную половую жизнь.

Таблица 10.2

Сексуальная активность студенток (в 1989 г. по сравнению с 1975 г.)

	1975	1989
	486 чел	132 чел
Число партнеров-мужчин в течение жизни		
0	12	13
1	25	12
2-5	41	52
6 и более	22	21
Число партнеров-мужчин в течение последнего года		
0	14	17
1	44	44
2	20	17
3 и более	22	21

По Sexual Activity of College Women, 1975 vs 1989. Journal of medicine, 322: 821-825,1990. Печатается с разрешения.

Цифры округлены с точностью до процента.

Таблица 10.3

Сходство и различие полового опыта у мужчин и женщин - студентов колледжей

Вид полового опыта	Женщины	Мужчины
Мастурбация	71	83
Получение орально-генитальной стимуляции	71	64
Предоставление орально-генитальной стимуляции	68	60
Половой акт	68	68
Чтение/рассматривание порнографических материалов	37	58
Анальный секс	10	6
Принудительный половой акт	6	1
Половой акт с девственником/девственницей	1	7
Половой акт одновременно с двумя и более лицами	1	4

В таблице указывается доля студентов (%), практиковавших ту или иную форму сексуальной активности в течение трех предшествовавших опросу месяцев. По Person et al., Journal of Sex and Marital therapy, 15 (3), 187-198. Copyrigth 1989 by Brunner/Mazel, Inc. Печатается с разрешения.

Нет сомнения, что сексуальные отношения в раннем зрелом возрасте обычно отличаются теплотой, приподнятостью чувств и полным отсутствием тревожных ощущений. Даже случайные половые связи выполняют много полезных в физическом и психологическом планах функций. К тому же у нас нет веских оснований с неодобрением относиться к желанию молодых людей развлечься таким образом. Тем не менее мы с радостью отмечаем явную тенденцию к установлению сексуальных отношений на основе чувства привязанности и любви. Это особенно хорошо проявляется в наметившемся в последнее время увеличении числа гражданских браков (сожительства), т.е. образования внебрачных гетеросексуальных пар, члены которых ведут совместную жизнь.

Сожительство

Всего каких-нибудь 25 лет назад любая студентка колледжа должна была являться на вечернюю поверку к 23 часам (по пятницам и субботам это мероприятие происходило на 1 час позже) и отмечаться по уходе из общежития и возвращении. Мужчин-посетителей, как правило, не пускали дальше первого этажа, лишь самые смелые руководители мужских колледжей разрешали своим студентам приглашать в гости девушек не чаще чем 1 раз в неделю. Встреча могла длиться не больше часа при широко раскрытых дверях и под присмотром "мониторов". Теперь во многих университетах смешанные общежития, а ограничений на посещения нет и в помине.

Но, может быть, еще большее удивление, чем эти революционные перемены, вызывает быстрое признание обществом союза мужчины и женщины, который получил формальное

наименование сожительства. Согласно текущим оценкам, в наше время сожительствуют более трех миллионов не состоящих в браке людей (Macklin, 1987; Bumpass, Sweet, 1989).

С юридической точки зрения сожительство отличается от законного брака тем, что в данном случае на партнеров не распространяются правовые нормы, регулирущие супружеские отношения.

Хотя на практике такой тип взаимоотношений не свойствен исключительно студенчеству (более того, частота сожительства среди бросивших учебу в университете выше, чем среди студентов и выпускников), все же четверть всех учащихся колледжей прошли через него и почти половина желала бы этого (Macklin, 1987; Bumpass, Sweet, 1989). Одно из последних исследований показало, что частота сожительства до женитьбы среди пар, вступивших в брак в период между 1965 и 1974 гг., составляла 11% по сравнению с 44% среди пар, узаконивших свои отношения между 1980 и 1984 гг. (Bumpass, Sweet, 1989).

Приблизительно половина людей, живущих вместе без оформления отношений, до этого состояли в браке, при этом большинство из них моложе 35 лет.

В чем же причина такой популярности сожительства? По мнению одного психолога, ей способствовали женское движение, отмена ограничений на порядок проживания в университетских городках, а также изменение политического и социального климата в 60-х годах (Macklin, 1978).

"Увеличение числа разводов и изменившиеся взгляды на функцию брака побудили многих молодых людей (и не состоявших в браке, и разведенных) с большей осмотрительностью относиться к женитьбе. А более либеральный, чем прежде, взгляд на внебрачные половые связи и успехи в области контрацепции позволили многим парам открыто поддерживать сексуальные отношения."

Вообще говоря, существует три основные формы сожительства: случайное или временное сожительство, сожительство в порядке подготовки к браку или взаимной притирки партнеров и сожительство как замена брака или альтернатива ему. Большинство студенческих пар, очевидно, рассматривают его как форму любовных, но ни к чему не обязывающих отношений (Petty, 1975; Macklin, 1978; табл. 10.3). Но есть и такие (в одном исследовании их оказалось 96%), кто выражает твердое намерение в будущем вступить в брак (Bowen, Christopherson, 1977). Нередко сожительство служит дополнительным этапом в процессе ухаживания. В конечном счете, при нынешней тенденции вступать в брак в сравнительно позднем возрасте, сожительство на протяжении нескольких лет может превратиться в неотъемлемый элемент современной жизни (Bumpass, Sweet, 1989).

Изучая взаимоотношения в 653 гетеросексуальных парах сожителей при средней продолжительности совместного проживания 2,5 года, Блумштейн и Шварц (Blumstein, Schwartz, 1983) установили, что частота половых контактов между членами пары была выше, чем среди лиц, такое же время состоящих в браке; однако по мере увеличения продолжительности сожительства она понижалась. Другие важнейшие выводы состоят в следующем:

1. При возникновении не связанных с сексуальными отношениями затруднений половая жизнь сожителей страдает в такой же мере, как у женатых супругов.

2. Женщина - член сожительствующей пары чаще, чем замужняя женщина инициирует половую активность, однако при длительных сроках сожительства мужчина нередко отвергает такую инициативу.

3. Примерно лишь треть всех сожителей вступает в сексуальные отношения с третьими лицами.

По мнению указанных авторов (Blumstein, Schwartz, 1983), сожительство не имеет шансов стать жизнеспособным, постоянно существующим социальным институтом до тех пор, пока сохраняются традиционные брачные отношения, ибо "покуда брак воспринимается как высшая форма обязательства, он будет служить приманкой для всех сожительствующих, желающих подтвердить взаимную любовь". Более того, в Соединенных Штатах настолько велико давление семьи и общества, побуждающее к заключению брака (особенно перед появлением детей), что в настоящее время представляется маловероятным, чтобы сожительство было признано в качестве долговременной альтернативы женитьбе. В то же время в Швеции внебрачное сожительство стало социальным институтом, т.е. вариантом женитьбы для многих пар. Хотя по меньшей мере в половине случаев такое сожительство в Швеции в конце концов заканчивается браком, происходит это лишь после многих лет совместной жизни, и нередко в брачной церемонии участвуют подросшие к этому времени дети (Macklin, 1987).

Было проведено интересное исследование с целью выявления различий сексуального поведения сожительствующих (ведущих совместную жизнь) и несожительствующих лиц (Newcomb, 1986). Нет ничего удивительного в том, что это исследование подтвердило более обширный в целом сексуальный опыт у сожительствующих. Кроме того, женщины-сожительницы чаще испытывали оргазм при всех формах половой активности, хотя удовлетворение от полового сношения и субъективная способность к оргазму у женщин обеих групп были одинаковыми. Это может объясняться большей уверенностью в себе женщин-сожительниц или, как полагает автор этого исследования, более широким диапазоном сексуального опыта, который облегчает наступление оргазма.

Какое действие оказывает сожительство на членов пары? Вообще говоря, сами сожители дают весьма положительную оценку своему опыту, характеризуя его как ощущение "зрелости", состояние, "способствующее эмоциональному росту, развивающее навыки межличностных и сексуальных отношений" (Peterman, Ridley, Anderson, 1974; Macklin, 1976, 1987). Подавляющее число опрошенных студентов университетов, имеющих опыт сожительства в прошлом, утверждают, что никогда не решатся на женитьбу, пока не поживут какое-то время с партнером (Bower, 1975; Macklin, 1976).

Сожительство: цифры и факты

В настоящее время около трех миллионов американцев живут вместе, не вступая в брак. Они следующим образом распределяются по возрастным группам:

38% женщин и 25% мужчин в возрасте до 25 лет

36% женщин и 41% мужчин в возрасте от 25 до 34 лет

20% женщин и 28% мужчин в возрасте от 35 до 64 лет

6% лиц обоего пола в возрасте 65 лет и старше

Большинство пар распадается либо сожительство завершается браком в течение двух лет после его начала; две из каждых пяти пар распадаются в течение первого года совместной жизни 25% студентов университетов имеют опыт сожительства по меньшей мере с одним партнером В первые годы после вступления в брак члены сожительствующей пары чаще ссорятся и испытывают неудовлетворенность совместной жизнью, чем лица, поженившиеся без предварительного сожительства

Сожительство не делает более успешным выбор партнера для брака; 36% пар, поженившихся после того или иного периода совместной жизни, расходятся или формально разводятся на протяжении последующих 10 лет. Среди лиц, женившихся без предварительного сожительства, этот показатель составляет 27%.

По U.S. Bureau of te Census, 1989; Macklin 1987; Bumpass and Sweet 1989.

Брак и развод

Брак, подробно рассматриваемый в гл. 12 и 15, существенно меняет половое поведение людей по сравнению с периодом холостой жизни. По мере того как молодые привыкают друг к другу рассеивается очарование новизны и влюбленности, на смену юношеским стремлениям завоевать весь мир приходит осознание будничности реальной жизни, а секс перестает быть источником столь сильных как прежде ощущений. Соответственно, в первые годы после вступления в брак обычно происходит снижение сексуальной активности, как следует из табл. 10.4. Появление детей уменьшает возможности для уединения, порождает новые заботы, усиливает усталость. Трудно насладиться сексом в полной мере, проведя весь день в уходе за двухлетним ребенком, или ощутить все его прелести после 14-часовой работы в офисе.

Таблица 10.4

Частота половых сношений в первые годы после заключения брака

	Число опрошенных	Средняя частота сношений в месяц
1-й год	12	14,8
2-й год	10	12,2
3-й год	19	11,9
4-й год	7	9,0
5-й год	18	9,7
6-й год	8	6,3

Для взрослых молодых людей, состоящих с браке, секс уже не является чем-то таинственным или запретным как для подростков. Интерес к сексу в эти годы не уменьшается, но уравновешивается другими занятиями и заботами, что служит важным компонентом развития личности. Те, кому не удается адаптироваться к этому состоянию, испытывают сексуальную неудовлетворенность, что побуждает их обращаться к врачу, искать внебрачных связей или требовать развода.

Некоторым парам удается осуществить типично американскую мечту о блаженстве в браке, всю жизнь оставаясь вместе, растя детей, любя друг друга и сохраняя взаимную верность. На долю других выпадает несколько усеченный вариант этой жизненной программы: любовь проходит, но остается все остальное. Наконец, третьи по-разному варьируют ее, живя без любви, не соблюдая верность или не имея детей. Видимость отношений между супругами и их истинное содержание не всегда совпадают.

Доказательством того, что счастье часто покидает супружеские пары, может служить статистика разводов в нашем обществе, С начала 60-х годов отмечается устойчивый рост числа разводов (рис. 10.1), что отражает, как изменение отношения к этому явлению (разводы уже не воспринимают так трагически), так и изменение соответствующих законодательств (позволяющих в большинстве штатов получить развод без признания собственной "виновности"). Согласно прогнозам статистиков, примерно один из пяти заключаемых в настоящее время браков должен закончиться разводом до истечения пятилетнего срока совместной жизни супругов; треть браков сохранится на протяжении 10 лет (Национальный центр медицинской статистики, 1982). Четыре из каждых десяти разводов регистрируются до истечения 15-летнего периода совместной жизни. Таким образом, согласно этим прогнозам, разведенными окажутся супруги, еще не достигшие даже среднего возраста.

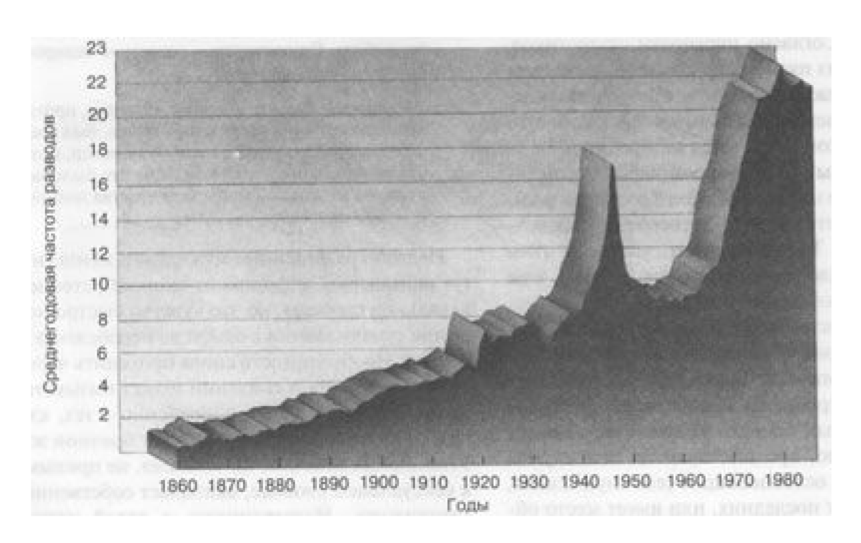


Рис. 10.1

Среднегодовая частота разводов в Соединенных Штатах в 1960-1987гг. (число разводов на 1000 замужних женщин)

Неясно, как часто сексуальная неудовлетворенность служит главной причиной развода, хотя специалистам по вопросам брака хорошо известно, что такого рода проблемы весьма распространены в неблагополучных семьях. Вместе с тем совершенно неизвестно, предшествуют ли они другим обстоятельствам, осложняющим семейную жизнь, усугубляя эффект последних, или имеет место обратное.

Сообщения о сексуальной активности лиц, находящихся в разводе, относительно немногочисленны. Можно было бы ожидать, что вновь обретенное чувство личной свободы должно способствовать усилению сексуальной активности. Результаты опросов 367 разведенных лиц частично подтверждают это предположение (Simenauer, Carroll, 1982). Однако в том же исследовании было установлено, что у 27% мужчин и 36% женщин имеет место обратная картина. Более того, показано, что снижение половых потребностей среди разведенных мужчин - более распространенное явление, чем среди

женатых (Rubenstein, 1983). Чтобы объяснить эти факты, следует вспомнить, что реальности жизни в разводе отнюдь не всегда сводятся к наслаждению свободой и счастьем. Приводимые высказывания дают понять, что может происходить на самом деле:

32-летняя женщина: "Разумеется, мне хотелось завести любовника, но все свободное время отнимали дети; кроме того, все мужчины, с которыми я знакомилась, были какими-то грязными. От всего этого я чувствовала себя очень несчастной. Оглядываясь назад, должна признать, что со мной было тогда не очень весело". (Из картотеки авторов)

33-летняя женщина: "Мне казалось, что после развода я почувствую себя вновь счастливой и свободной. Я представляла себя героиней журнала "Плейбой", но на деле все вышло иначе. Вначале я так нервничала и чувствовала такую растерянность, что ни на что не годилась. А потом я заразилась от парня, которого начинала по-настоящему любить. Одиночество - совсем не подарок". (Из картотеки авторов)

26-летняя женщина: "Всякий мужчина, приглашавший меня провести с ним время, был уверен, что переспит со мной в первый же вечер, потому что раньше я была замужем. Мне это было неприятно, но не думаю, чтобы мои чувства волновали их". (Из картотеки авторов)

Недавно разведенные мужчины и женщины могут испытывать эйфорию от вновь обретенной сексуальной свободы, но это чувство быстро исчезает при столкновении с одной из неизбежных трудностей. Необходимость снова проходить через ритуал ухаживания и свиданий может вызывать раздражение или смущение, особенно у тех, кто отвык от этого за десять и более лет брачной жизни. Угнетающее действие на человека, не привыкшего к сексуальной свободе, оказывает собственная застенчивость. Неуверенность в своей привлекательности и сексуальных способностях может сочетаться с угрызениями совести по поводу вступления в "аморальную" связь. Ко всему этому часто добавляется ощущение, что время уходит: "Надо обзавестись другом (подругой) пока еще есть возможность".

Согласно статистике, примерно пять из шести разведенных мужчин и трое из четверых женщин вступают в брак (причем приблизительно половина-в течение трех лет после развода), по-видимому рассчитывая, что во второй раз все сложится иначе (Cherlih, 1981). Чаще всего такая надежда иллюзорна. Статистические прогнозы свидетельствуют о том, что более половины повторных браков для женщин оказываются неудачными. Не лучше перспективы и для мужчин: ожидаемая частота разводов после второго брака составляет в этом случае 40% (Hegger, 1983). Более того, нет никакой уверенности, что повторный брак принесет людям большее удовлетворение от жизни, чем то, которое они испытывали бы, оставаясь холостяками (Spanier, Furstenberg, 1982).

При повторных браках возникает множество проблем: как растить детей от предыдущих браков, как платить или получать алименты, как строить отношения между бывшим и нынешним мужем (женой). К тому же при повторном браке люди довольно часто сталкиваются с теми же трудностями, которые осложняли их первый брак: эгоизм супругов, пьянство, отсутствие взаимопонимания и т.д.

При опросе лиц, вступивших во второй брак, выяснилось, что многих преследуют те же сексуальные проблемы, которые имели место и в предыдущем браке (Kolodny, 1983). Например, ослабленное половое влечение на первых порах с новым партнером может быть незаметно, но когда от былого любовного огня остаются лишь слабо тлеющие угольки, а секс утрачивает романтическую привлекательность, эта проблема, как правило,

встает вновь. После купания троих детей, мытья посуды и споров о том, кому выносить мусор, трудно ответить на сексуальный порыв. Заметим, что некоторые партнеры решают пожениться даже столкнувшись с сексуальными проблемами до свадьбы. При этом одни надеются, что все со временем наладится (что, как правило, маловероятно), а другие откровенно игнорируют эту сторону супружеских отношений.

Несмотря на то, что развод далеко не всегда оправдывает ожидания заинтересованных лиц, есть немало примеров, когда он действительно становится оптимальным способом решения всех проблем. Люди, которые умеют вовремя положить конец неудавшимся и ставшим тягостными для обоих отношениям, получают хороший шанс для новой попытки.

К 35-40 годам большинство женатых людей - это имеющие детей, уверенные в себе, зрелые личности. Те, кто решил не жениться, в эти годы обычно изживают чувство двусмысленности своего положения, которое они испытывали ранее. И для мужчин, и для женщин это время самостоятельной активной жизни, период принятия важных решений (Levinson et al., 1978; Frieze et al., 1978). Женщины, у которых дети уже подросли, стремятся сделать карьеру. Другие, откладывавшие обзаведение детьми, оказываются перед необходимостью решаться, наконец, на устройство семьи или отказаться от этой мысли. Внешне все это иногда производит впечатление достигнутых в конце концов равновесия и стабильности, но на самом деле может оказаться ничем иным, как затишьем перед бурей.

Средний возраст

Ближе к сорока годам человек вступает в пору, по традиции именуемую "средним возрастом". Это - время, когда безоглядный оптимизм и энергия молодости уступают место пониманию суровых реальностей жизни, когда большинство людей впервые задумываются о собственной смерти и приходят к мысли, что впереди у них остается не так уж много времени. При этом некоторых волнует только то, что "птичка-молодость упорхнула из клетки" и никогда не вернется обратно (несмотря на все попытки вернуть ее, садясь на диету, бегая трусцой, подкрашивая волосы или борясь с морщинами). Для большинства же людей средний возраст - это период осмысления накопленного опыта, время переоценки ценностей. В ряде случаев это приводит к "кризису среднего возраста" (Howells, 1981).

Кризис среднего возраста

В контексте сексуальной жизни мужчины, по-видимому, особенно часто переживают такой кризис. Бытует мнение, что в сорок лет мужчины минуют пик "сексуальной формы". Наслышавшись об этом, многие из них начинают концентрировать внимание на своих сексуальных возможностях, проверять их на износ, что хорошо отражено в следующей выдержке:

"Если раньше, чтобы возбудиться, ему хватало секунды или простого взгляда на округлость, бьющуюся под тканью теннисных шортов, теперь, когда он стареет, для появления эрекции нужны минуты. Он замечает (и совершенно правильно), что повторное возбуждение возникает все медленнее. В юношеские годы эрекция никогда полностью не пропадала (даже после сношения или мастурбации). Теперь же всякий половой акт имеет четкое начало и конец. Бывает, что проходят часы и даже дни, прежде чем снова

наступает эрекция. Сравнения, больно жалящие сравнения... Да, он уже не так силен, как был когда-то." (Sheehy, 1976).

Стоит только мужчине усомниться в своих сексуальных возможностях, как он тут же начинает испытывать трудности с достижением и поддержанием эрекции. Это, разумеется, "подтверждает" правильность возникших сомнений, и порочный круг замыкается.

Некоторые мужчины, оказавшиеся в таком положении, пытаются найти партнершу помоложе, чтобы раздуть угасающее пламя, другие в какой-то мере выходят из положения, сваливая вину на собственных жен. Но вообще говоря, положение мужчины среднего возраста в сексуальном отношении уязвимо. И если даже он обратится за помощью к врачу, не исключено, что услышит следующее: "В вашем возрасте о таких вещах можно уже не беспокоиться." (Так действительно случалось с некоторыми из наших пациентов.)

Критический период в середине жизни женщины реже связан с изменением ее сексуальных возможностей. Для женщины-матери это время, когда освободившись от заботы о подросших детях, она имеет возможность заняться собой, полностью проявить свою индивидуальность. Однако уход детей из семьи может вызвать и так называемый синдром "пустого гнезда", проявляющийся в депрессии и безучастном отношении ко всему окружающему, когда женщина не знает, что делать с избытком свободного времени, не может найти приложения своим силам (Frieze et al., 1978). Период повышенной уязвимости иногда непосредственно предшествует менопаузе или совпадает с ней и тогда становится временем тяжелого испытания для женщины. Согласно новейшим исследованиям, синдром "пустого гнезда" может иметь место не только у женщин, но и у мужчин. Как указывают Роберте и Льюис (Roberts, Lewis, 1981), расставание с детьми, оставляющими семью, иногда вызывает депрессию у мужчин, которые вдруг "обнаруживают, что и брак, и дружеские связи - все становится пустым, когда уходит любимый ребенок". На самом деле уход детей может самым благотворным образом сказаться на положении супругов. Они получают возможность больше времени уделять друг другу, более внимательно взглянуть на собственные взаимоотношения.

В настоящее время средний возраст характеризуется все большим разнообразием жизненных ситуаций. У женщины, предпочитавшей в молодые годы работать и отложившей рождение ребенка (а вместе с ним и прекращение работы) до того, как ей перевалило за тридцать, может появиться желание продолжить свою карьеру, однако не исключено, что ей будет трудно снова "попасть в струю". Женщины, отказавшиеся в свое время перестроить свой жизненный уклад в интересах воспитания детей, могут испытывать острое чувство вины или крайнюю усталость. Наконец, у третьих жизнь осложнена разводом и необходимостью воспитывать ребенка без отца; если такая женщина выходит замуж за мужчину, имеющего собственных детей, ее жизнь может стать еще тяжелее.

Сексуальное перегорание

Еще одной существенной чертой кризиса среднего возраста, о которой обычно забывают, является сексуальное перегорание - феномен, затрагивающий до 20% всех лиц данной возрастной группы (Kolodny, 1983). В отличие от профессионального перегорания, которое есть не что иное как реакция на чрезмерно интенсивную работу и длительное эмоциональное напряжение (Pines, Aronson, Kafry, 1981), сексуальное перегорание можно считать результатом пресыщения, вызванного однообразием половой жизни. Наиболее

характерными признаками сексуального перегорания служат физическое истощение, душевная пустота и негативное сексуальное самовосприятие; у человека развивается комплекс половой неполноценности, он перестает верить в то, что секс может вновь стать для него источником радости и наслаждения. Сексуальное перегорание развивается не только у женатых, но и у ранее весьма активных в половом отношении холостяков.

Сексуальное перегорание следует отличать от потери сексуальных интересов, которая нередко сопутствует депрессии. Последняя обычно сопровождается расстройствами сна и аппетита, общей утратой интереса ко всем или почти ко всем обычным формам человеческой активности. У перегоревших в сексуальном отношении людей эти симптомы обычно отсутствуют. Прогноз сексуального перегорания, как правило, благоприятный, лишь 10% страдающих этим синдромом лиц остаются сексуально неактивными на протяжении относительно длительного времени. Вероятно, это происходит оттого, что безбрачие устраивает их больше, нежели "здоровый" образ жизни, предписывающий обязательно сексуальную активность взрослому человеку. Возможно также, что такие люди просто неспособны справиться с отрицательными эффектами синдрома сексуального перегорания.

Другие аспекты

Большинство мужчин "открывают" в себе сексуальность в ту радостную пору, когда им не исполнилось еще и двадцати лет. В то же время значительная часть женщин (во всяком случае в прошлых поколениях) не пробуждалась от социально запрограммированной сексуальной спячки до тридцати-сорокалетнего возраста. Это и не удивительно, если вспомнить о тех ограничениях, которые общество накладывало на чувства и поведение женщин ("приличные девушки не должны..."), и о традиционном разделении обязанностей в семье (хозяйство и дети - "женское" дело, а работа - "мужское"). Самооткрытие сексуальности у многих женщин имело место в среднем возрасте; возможно, тогда же некоторые из них впервые испытывали оргазм. В эту пору жизни женщине в такой же степени, как и мужчине, свойственно стремление к внебрачным связям, хотя пишут об этом нечасто (Fuchs, 1978; Wolfe, 1980; Grosskopf, 1983).

Опросив 160 женщин среднего возраста, Рубин (Rubin, 1982) пришла к заключению, что наиболее характерной их чертой было стремление к сексуальному совершенствованию. В молодые годы всем им пришлось преодолевать сексуальную неопытность и традиционные запреты на проявления полового поведения. К среднему возрасту все опрошенные женщины научились адаптировать секс к собственным потребностям и желаниям вместо того, чтобы ограничиваться участием в нем с единственной целью принести удовлетворение партнеру. Рубин установила, что в этом возрасте женщины чаще выступают инициаторами сексуальной активности, нежели в более молодые годы (хотя некоторые из них не решаются проявлять инициативу из опасения показаться чрезмерно навязчивыми в глазах мужей или партнеров).

Одно открытие, касающееся половых различий психики у людей среднего возраста, выглядит особенно интригующим. Раньше мужчины 40-45 лет охотно демонстрировали свою силу и опытность, тогда как женщины чаще выглядели зависимыми, пассивными и неуверенными. Однако к концу 50-х годов все изменилось. Похоже, что у мужчин пропало стремление проявлять свои мужские качества, взамен они стали выдвигать на передний план душевную чуткость и способность поддерживать близкие отношения. В то же время женщины стали выглядеть более жесткими и самоуверенными, т.е. проявлять качества, прямо противоположные тем, что были свойственны им в прежнее время (Chiriboga, 1981). Последствия этих изменений для полового поведения не вполне ясны,

однако они подтверждают мнение, согласно которому после наступления менопаузы женщины становятся более требовательными в сексуальном отношении по сравнению с предшествовавшим периодом, тогда как мужчины по мере снижения интереса к служебным успехам начинают все больше ценить нежность и мягкость.

Заслуживают упоминания еще несколько особенностей, свойственных людям среднего возраста. Некоторые из тех, кого в молодости удовлетворял холостяцкий образ жизни, в зрелые годы начинают испытывать потребность в надежных и долговременных отношениях, возможность которых дает брак. Такие люди иногда испытывают большие трудности в поиске спутника жизни, который бы удовлетворял их представлениям. Многие пытаются найти будущего супруга (супругу) по брачным объявлениям в газете или журнале, все чаще предпочитая этот путь услугам службы знакомств.

Общество всегда с пониманием относилось к желанию мужчин среднего возраста найти супругу в лице юной особы; но роман женщины среднего возраста с молодым человеком раньше находили шокирующим и неприличным (Derenski, Landsburg, 1981). В наше время близкие отношения между женщинами среднего возраста и мужчинами на 5-10 и более лет моложе перестали быть редкостью. Есть, однако, важное различие между такими отношениями и отношениями мужчины среднего иди пожилого возраста с молодой женщиной. Женщина средних лет должна быть интересной и привлекательной, чтобы обратить на себя внимание более молодого мужчины, тогда как пожилому мужчине, чтобы завоевать симпатию молодой женщины, достаточно иметь деньги и положение в обществе.

Вопреки распространенному ошибочному мнению о резком увеличении числа разводов среди лиц среднего возраста большинство несчастливых и скучных браков, сохранившихся до этого времени, обречены тянуться и дальше (Friedman, 1981). При этом сексуальные отношения дома теряют всякую привлекательность, а прежняя имитация взаимного наслаждения сексом уступает место более честному поведению, свидетельствующему об обратном. Следствием психического стресса, порожденного таким характером брачных отношений или сдержанной враждебностью супругов, могут стать половые расстройства (Kaplan, 1974; Clifford, Kolodny, 1983). Выходом из положения нередко становится внебрачная связь, позволяющая ощутить эмоциональный подъем и свободу от сексуальной рутины. Эта тема более подробно обсуждается в гл. 15.

Одно из исследований пар среднего возраста, обратившихся к услугам психологов, показало, что супруги не придавали большого значения тому, сколько времени и психической энергии затрачивает партнер на поддержание брачных и половых отношений (McCarthy, 1982). В обследованной выборке 80% браков сопутствовали внебрачные связи. Вероятность напряженных отношений между супругами была несколько выше, если внебрачную связь имела жена. По мнению МакКарти, это могло быть связано с тем, что женщины в его выборке вкладывали больше чувства в свои новые увлечения, чем мужчины, которых больше интересовала сексуальная сторона отношений.

Данное исследование, кроме того, показало, что думают и чего ожидают супруги от секса:

"Мужчины в своих суждениях были категоричны: одни считали, что каждый акт должен быть как взрыв динамита, а другие полагали, что секс вообще не для брака. Столь же широким был диапазон представлений женщин: одни романтизировали сексуальные отношения, другие говорили, что половой акт для них - всего лишь супружеский долг. Многие женщины испытывали скрытое разочарование по поводу отношения мужей к сексу в браке и к их действиям в качестве любовников. Однако они не решались

обсуждать эти вопросы с мужьями и не пытались экспериментировать в сексе" (McCarthy, 1982, стр. 10).

Сексуальные проблемы среднего возраста в гомосексуальной популяции Америки столь же актуальны, как в гетеросексуальной, хотя им уделяется меньше внимания. Они также характеризуются большим разнообразием. Гомосексуалы среднего возраста могут испытывать трудности в привлечении к себе внимания более молодых партнеров одними физическими качествами. В результате некоторые из них прибегают к услугам оплачиваемых мужчин-проституток, другие обрекают себя на воздержание, наконец, третьи формируют достаточно стабильные пары, получая, таким образом, возможность не только удовлетворять потребность в общении и эмоциональной поддержке, но и вести половую жизнь. Гомосексуалы, ранее состоявшие в гетеросексуальном браке и имевшие детей, нередко разводятся и целиком переходят на гомосексуальный образ жизни. Замечено, что стареющие мужчины-гомосексуалы проявляют повышенную озабоченность по поводу своей внешности (Levy, 1981). Многие из них прибегают к пластическим операциям или пересадке волос, чтобы сохранить иллюзию молодости (что, впрочем, делают и некоторые гетеросексуалы); нередко у них развивается депрессия или пристрастие к алкоголю как реакция на негативное самовосприятие по мере того как старение становится все более заметным (Gagnon, Simon, 1973; Saghir, Robins, 1973; Harry, Smith, 1982). Однако далеко не все Гомосексуалы сталкиваются с такими проблемами. Обычно они существенно не отличаются от тех, с которыми приходится иметь дело стареющим мужчинам гетеросексуальной ориентации (Berger, 1982). Процесс перехода в средневозрастную категорию у лесбиянок в целом менее осложнен, потому что у большинства из них связь носит длительный и постоянный характер (Tripp, 1975; Bell, Weinberg, 1978; Kimmel, 1978). Беспокойство в связи с уменьшением физической привлекательности также выражено слабее, чем у некоторых мужчин-гомосексуалов. Тем не менее их отношения тоже могут ухудшиться из-за усиливающегося чувства ревности, "если на горизонте появилась более молодая женщина или кто-то из партнерш пытается разорвать давнюю связь" (Levy, 1981).

Менопауза

С возрастом женщина утрачивает способность к деторождению. Ослабление репродуктивной функции начинается после 30 лет и выражается поначалу в уменьшении вероятности зачатия и увеличении числа спонтанных абортов (Schneider, 1978; Schwartz, 1982). После 35 лет все чаще наблюдаются расстройства менструального цикла, поскольку яичники начинают слабее реагировать на действие лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов (ЛГ и ФСГ), выделяемых гипофизом. После 40 лет обычно начинает уменьшаться частота овуляции, а в возрасте от 48 до 52 лет полностью прекращаются менструальные кровотечения и наступает менопауза. Однако время наступления менопаузы можно определить только ретроспективно (условно - спустя год после последней менструации), поэтому женщинам, ведущим в этот период активную половую жизнь, приходится по-прежнему прибегать к противозачаточным средствам, до тех пор пока они окончательно не убедятся в невозможности возникновения беременности.

Термин менопауза следует относить только к последнему естественному менструальному циклу в жизни женщины. Многие неправильно используют данный термин для обозначения климактерического, или перименопаузалыюго периода (т.е. тех нескольких лет, которые непосредственно предшествуют менопаузе и следуют за ней).

Сроки наступления менопаузы и сопутствующие симптомы сильно варьируют. Хотя в яичниках синтезируется лишь незначительное количество эстрогенов, а продукция прогестерона полностью прекращается, эти гормоны все-таки присутствуют в организме благодаря сохранению активности надпочечников. Концентрации ЛГ и ФСГ после наступления менопаузы обычно повышаются.

Таблица 10.5

Повышение интереса к сексу и способности к оргазму на протяжении пятилетнего периода, предшествующего менопаузе

Возраст (годы)	Повышение интереса к сексу		Повышение способности к оргазму	
	%	число	%	число
38	16	93	21	91
46	12	225	18	215
50	4	204	13	188
54	2	62	6	52

Симптоматика

Хотя примерно 80% женщин испытывают те или иные недомогания, обусловленные изменениями гормонального уровня, лишь немногие из них обращаются к врачу (Weideger, 1977; Perlmutter, 1978). Очевидно, это объясняется относительно слабой выраженностью симптомов и их самопроизвольным исчезновением с течением времени.

Самым обычным симптомом менопаузы являются "приливы", которые имеют место у 75-80% женщин климактерического возраста (Bates, 1981; Erlik et al., 1981). В типичных случаях женщина внезапно ощущает жар в области головы, шеи и верхней части груди; кожа ее краснеет, покрывается потом, пульс учащается. У некоторых женщин приливы возникают редко (раз в неделю или реже), тогда как у других они повторяются с интервалами в несколько часов. Продолжительность таких эпизодов колеблется от нескольких секунд до 15 мин и дольше в наиболее тяжелых случаях (менее чем у 10% женщин). Одна из самых неприятных особенностей приливов состоит в том, что в ночное время они происходят чаще, чем днем, вызывая внезапное пробуждение и способствуя развитию бессонницы.

По имеющимся данным приливы обусловлены нарушением механизмов терморегуляции на уровне гипоталамуса (Casper, Yen, Wilkes, 1979; Bates, 1981; Erlik et al., 1981). Одно из непременных условий их возникновения - недостаток эстрогенов. Заместительная гормонотерапия чрезвычайно эффективна в таких случаях; заметим, однако, что приливы обычно прекращаются вскоре после наступления менопаузы, даже в отсутствие лечения. В то же время приблизительно у 20% женщин они сохраняются на протяжении по меньшей мере пяти лет после их начала (Perlmutter, 1978). Поскольку прогнозировать сроки спонтанного прекращения приливов невозможно, а сопутствующие симптомы иногда настолько серьезны, что становятся препятствием. В повседневной жизни, каждой женщине приходится самой решать, следует прибегать к гормональной терапии или нет.

Другие изменения в женском организме также отражают недостаточность эстрогенов (Soules, Bremner, 1982; Speroff, Glass, Kase, 1983). Их пониженная концентрация в крови предрасполагает к сужению и спадению стенок влагалища, а также недостаточному их увлажнению во время полового возбуждения, что иногда обусловливает болезненность коитуса. К числу других физических изменений, встречающихся в постменопаузе, относятся уменьшение тонуса молочных желез и вульвы, а также потеря кальция костной тканью, следствием которой является повышенная хрупкость костей (клиническое состояние, получившее название остеопороза).

Лечение

Преимущества и риск заместительной эстрогенной терапии (ЗЭТ) в периоды менопаузы и постменопаузы на протяжении последнего десятилетия служили предметом оживленных дискуссий. Имеются неопровержимые научные данные о значительном уменьшении тяжести описанных выше симптомов под воздействием ЗЭТ (Soules, Bremner, 1982; Council on Scientific Affairs, 1983; Barrett-Connor, 1989). Показана возможность профилактического применения эстрогенов с целью замедления развития остеопороза, а не только для облегчения состояния при уже развившейся симптоматике. Разумеется, применение ЗЭТ требует осторожности, поскольку по некоторым данным она повышает риск развития рака матки (Greenblatt, Stoddard, 1978; Antunes et al., 1979). Кроме того, существуют вполне оправданные опасения, что ЗЭТ может вызывать рак молочной железы (Gambrell, 1982; Bergkvist et al., 1989). Тем не менее большинство специалистов считает целесообразным применение ЗЭТ. Свою позицию они аргументируют следующими фактами:

1. Введение прогестина в протокол ЗЭТ на заключительной ее стадии значительно уменьшает риск развития рака матки под воздействием эстрогенных препаратов (Gambrell et al., 1979; Councilon Scientific Affairs, 1983).

2. Остеопороз - очень серьезное заболевание, поскольку довольно часто приводит к перелому шейки бедра у пожилых женщин; в 20-30% случаев эти женщины погибают либо в результате самого перелома, либо вследствие развившихся осложнений (Speroff, Glass, Kase, 1983).

Выраженный защитный эффект ЗЭТ в настоящее время не вызывает сомнений. Гормонотерапию можно рассматривать как способ предотвращения переломов, обусловленных остеопорозом у женщин в постменопаузе (Ettinger et al., 1985; Riis, Thomsen, Christiansen, 1987). Более того, Управление по контролю за качеством пищевых продуктов и лекарственных средств США еще в 1986 г. одобрило применение ЗЭТ для этой цели. Сегодня используются несколько вариантов ЗЭТ: в форме таблеток, крема или специального пластыря, из которого медленно высвобождается эстроген, поступающий затем в кровь почти так же, как это имеет место при его естественной секреции яичниками (Padwicketal., 1985).

3. ЗЭТ обеспечивает профилактику некоторых сердечных заболеваний (Colditz et al., 1987; Sullivan et al., 1988).

Большинство специалистов предупреждают, что применение ЗЭТ требует большой осмотрительности. Следует назначать минимальные эффективные дозы на протяжении возможно более короткого периода и в строгом соответствии с терапевтической необходимостью. Заметим, однако, что дозировки эстрогенов, необходимые для проявления их максимального защитного действия на костную ткань (т.е. для

профилактики остеопороза), превышают дозы, которые обеспечивают контроль остальных симптомов, ассоциирующихся с менопаузой (Horsman et al., 1983). Следует учитывать также, что ЗЭТ сама по себе не обеспечивает полного решения проблемы остеопороза; физические упражнения и прием кальция также имеют важное профилактическое значение (Raisz, 1988).

Психологические аспекты

Раньше практически любое расстройство, возникавшее у женщины климактерического возраста, неправильно приписывали состоянию менопаузы. В XVII и XIX вв. европейские врачи считали менопаузу периодом упадка в жизни женщины (Stearns, 1975), а "повышенную раздражительность" находили у девяти из десяти пациенток в состоянии менопаузы (Ballinger, 1981). Однако не только в прошлом эмоциональную нестабильность, депрессию и другие психические отклонения в период менопаузы ошибочно относили на счет гормональных изменений в женском организме; эта врачебная ошибка достаточно широко распространена и в наше время.

Баллингер не находит никаких доказательств повышенной частоты депрессивных состояний или других серьезных психических нарушений в период, предшествующий менопаузе, и утверждает, что "проявления эмоционального состояния в это время, так же как в любое другое, обусловлены действием разнообразных факторов окружающей среды и личностными особенностями женщины" (Ballinger, 1981). По мнению других авторов, значение менопаузальных расстройств сильно преувеличено; на самом деле менопауза - положительное адаптивное явление, а "сложившиеся вокруг нее легенды основаны не столько на реалиях женского опыта, сколько на их сексологической трактовке" врачами-мужчинами (Allington, MacKinnon, Troll, 1981). Барт и Гроссман также указывают, что большинство проведенных исследований менопаузы страдают методическими изъянами, особенно в тех разделах, которые касаются психологических аспектов этого состояния (Bart, Grossman, 1978). По мнению этих авторов, реакция женщины на наступление менопаузы в значительной мере обусловлена "индивидуальными особенностями ее личности и образа жизни в предшествовавшем периоде". Кроме того, они отмечают, что сопутствующее менопаузе подавленное состояние (если таковое имеет место) в гораздо большей степени является следствием уменьшения значимости женщины в этот период и ее заниженной самооценки, нежели отражением гормональных изменений.

Несмотря на отсутствие единого мнения относительно влияния менопаузы на сексуальность женщины, ряд исследований свидетельствует о явном снижении ее сексуальных интересов и, возможно, утрате способности к оргазму в годы, непосредственно следующие за наступлением менопаузы (Pfeiffer, Verwoerdt, Davis, 1972; Zussman et al., 1981; Dennerstein, Burrow, 1982). По мнению Холлстрома (Hollstrom, 1979), опросившего 800 шведских женщин, существуют убедительные данные в пользу такого вывода. В частности, он выявил прогрессивное ослабление интереса к сексу и его полное исчезновение в возрасте от 38 до 54 лет на фоне снижения способности в оргазму. С другой стороны, имеются факты, говорящие о повышении сексуальности женщин в постменопаузе (Masters, Johnson, 1966, 1970; Kaplan, 1974; Starr, Weiner, 1981). Столь разноречивые сведения могут быть следствием неправильного планирования исследований, при котором не учитывается общее состояние здоровья как опрашиваемых женщин, так и их мужей или половых партнеров.

Пожилой возраст



В Америке принято считать, что секс - это занятие для молодых, здоровых и привлекательных людей. Люди, только что вступившие в пору зрелости, обычно испытывают чувство неловкости от самой идеи сексуальных отношений между пожилыми людьми. Мысль о возможности такой связи в условиях дома престарелых шокирует большинство людей и представляется аморальной. Но, вопреки устойчивому мнению, психическая потребность в интимной близости, душевном волнении и наслаждении не исчезает с годами, а биологические процессы старения не несут в себе ничего, что автоматически блокирует половую функцию.

Биологические аспекты

Старение у женщин



Сегодня пришла посылка для вас, но я не стал за нее расписываться. Вместо бюстгалтера и трусов под пару, которые вы заказывали, они прислали два бюстгалтера.

Старение само по себе не снижает сексуальные интересы женщины или ее потенциальную способность реагировать на сексуальные стимулы при условии нормального общего самочувствия. Тем не менее половое возбуждение в менопаузе характеризуется специфическими физиологическими особенностями. Они развиваются постепенно и могут варьировать у разных женщин (Masters, Johnson, 1966).

Половое возбуждение в этом возрасте не сопровождается выраженным увеличением грудных желез, хотя их чувствительность к стимуляции сохраняется. Сексуальные порывы не так часты и не столь сильны, как в более молодом возрасте, но это никак не отражается на сексуальных эмоциях или функциях. Мышечный тонус во время полового возбуждения слабее, чем в молодости, особенно в фазе плато, что не удивительно, так как

отражает общее уменьшение объема и силы мышц по мере старения. Пониженный мышечный тонус отчасти объясняет снижение силы оргазма, которое иногда имеет место у женщин старшего возраста.

Реакция клитора с возрастом не меняется, тогда как реакция влагалища претерпевает существенные изменения. Во-первых, из-за уменьшения эластичности стенок оно слабее расширяется во время полового возбуждения. Во-вторых, выделение влагалищной смазки обычно происходит медленнее, чем у молодых женщин, а ее количество уменьшается, что приводит к недостаточному увлажнению. Если эти явления сопровождаются ощущением дискомфорта, их можно устранить либо с помощью заместительной эстрогенотерапии, либо применяя искусственный любрикант, например гель K-Y.

Пониженная продукция влагалищной смазки является прямым следствием уменьшения влагалищного кровотока, которое в свою очередь обусловлено снижением синтеза эстрогенов (Semmens, Wagner, 1982). Лейблюм с соавторами (Leiblum et al., 1983) показал, что у сексуально активных женщин в менопаузе сморщивание влагалища выражено слабее, а концентрация андрогенов и гонадотропных гормонов (ЛГ и ФСГ) выше, чем в отсутствие половой активности. Это свидетельствует о том, что регулярная половая жизнь по крайней мере частично предотвращает анатомические изменения в женском половом тракте, происходящие под влиянием физиологических процессов старения.

Старение у мужчин

Нормальный процесс ослабления репродуктивной функции у мужчин коренным образом отличается от аналогичного процесса у женщин, поскольку их детородная способность не лимитирована определенными сроками. Несмотря на уменьшение продукции спермы после 40-летнего возраста, она сохраняется даже у 80-90-летних мужчин. Точно так же, у мужчин, в отличие от женщин, обычно отсутствует резкое падение продукции половых гормонов: биосинтез тестостерона постепенно уменьшается, начиная с 55-60-летнего возраста.

Примерно 5% мужчин, достигших 60 лет и старше, переживают то, что называется мужским климаксом - состояние, в известной степени сходное с менопаузой у женщин. Описываемое состояние характеризуется всеми или некоторыми из перечисленных ниже признаков: слабостью, быстрой утомляемостью, ухудшением аппетита, уменьшением полового влечения, снижением или потерей потенции, раздражительностью и нарушенной способностью к концентрации внимания (Greenblatt et al, 1979; Kolodny, Masters, Johnson, 1979). Эти изменения вызваны уменьшением продукции тестостерона и могут быть устранены или ослаблены инъекциями этого гормона. Следует подчеркнуть, что у большинства стареющих мужчин отсутствуют видимые признаки климакса.

Влияние старения на физиологию мужской половой функции осуществляется несколькими путями. У мужчин старше 55 лет были отмечены следующие изменения:

1. Для достижения эрекции обычно требуется больше времени и более интенсивная стимуляция пениса.

2. Эрекция в целом не так сильна, как в более молодом возрасте.

3. Яички только до половины поднимаются в промежность и происходит это медленнее, чем у молодых мужчин.

4. Объем спермы, так же как и интенсивность эякуляции, уменьшается.

5. Физическая потребность в эякуляции обычно уменьшается.

6. Удлиняется рефрактерный период, т.е. время после эякуляции, в течение которого невозможно ее повторение (Masters, Johnson, 1966).

В дополнение к сказанному, у пожилых мужчин отсутствует сексуальный порыв, мышечный тонус во время полового возбуждения понижен (как и у женщин), поскольку мышечная сила и масса с возрастом, как правило, уменьшаются.

Изменения репродуктивной физиологии у мужчин происходят постепенно и не являются следствием функциональных нарушений. Тем не менее мужчины, не имеющие представления об этих возрастных изменениях, иногда пугаются, считая их симптомами болезни. В других случаях первым начинает тревожится половой партнер. В частности, многие пожилые мужчины продолжают получать удовольствие от полового общения в отсутствие регулярной эякуляции, однако теряют привлекательность для своих партнерш, если те не знают, что это - нормальное явление и начинают сомневаться в их сексуальных способностях.

Некоторые мужчины имеют совершенно нереалистичное представление о том, какой должна быть их половая жизнь по достижении преклонного возраста. Отлично понимая, что бегать в 65 лет невозможно так же быстро, как в 25 (и так же быстро восстанавливать силы), они тем не менее ожидают, что в любой сексуально-провоцирующей ситуации у них немедленно должна возникнуть сильнейшая эрекция, и испытывают беспокойство, если оказываются неспособными совершить половой акт дважды за вечер. Пожилой мужчина, неправильно интерпретирующий происходящие изменения, особенно подвержен развитию тревожных состояний на сексуальной почве.

Психосоциальные аспекты

Негативизм общества в отношении любви и секса в преклонном возрасте отчасти порожден явлением, которое получило название агеизм - предубеждение к людям на том основании, что они стары. Это явление имеет много общего с хорошо всем знакомым расизмом. Как указывают Батлер и Льюис (Batler, Lewis, 1976): "У агеиста сложился стереотип старого человека: косного, нудного, болтливого, дряхлого, со старомодными взглядами на нравственность, бесполезного, не умеющего ничего, что придавало бы ему социальную ценность." Те же авторы отмечают, что агеизм в отношении сексуальности представляет собой крайнюю форму десексуализации: "если вы стары, вы - конченый человек."

Агеизм проявляется не только в отношении лиц с гетеросексуальной ориентацией.

Многие состарившиеся мужчины-гомосексуалы считают, что молодые геи относятся к ним отрицательно. Они не желают видеть их в барах, клубах или банях, отказываются дружить или вообще общаться со стариками, считая их скучными и неприятными компаньонами.

Интересно, что, согласно одному из исследований, студенты университета думали, что после 60-летнего возраста супруги имеют половые отношения не чаще одного раза в месяц, а после 70 лет - еще реже (Zeiss, 1982). Как будет видно из дальнейшего, такое

ошибочное представление свидетельствует о том, что на образе мыслей молодежи сказывается агеизм, во всяком случае в том, что касается секса.

Кинзи и его сотрудники (1948, 1953) были первыми, кто подробно исследовал влияние старения на половое поведение. Им удалось показать, что интерес и способность к сексу сохраняются до преклонных лет, однако и у мужчин, и у женщин с годами частота проявлений половой активности снижается. Эту тенденцию подтвердили и другие авторы (Newman, Nichols, 1960; Pfeiffer, Davis, 1972; Martin, 1977), причем большинство сообщений свидетельствует о том, что снижение половой активности частично обусловлено общим ухудшением здоровья, а частично отражает культурные традиции и устоявшиеся нормы поведения.

Одно из наиболее поздних продольных исследований, проведенное университетом Дьюк, показало, что характер половой активности на протяжении среднего и старшего возраста остается относительно постоянным и характеризуется лишь небольшим снижением ее интенсивности (George and Weiler, 1981). В частности, у мужчин, которым в начале этого исследования было от 66 лет до 71 года, в течение последующих 6 лет половая активность не снижалась; у большинства мужчин и женщин, включенных в исследование в возрасте 56-65 лет, соответствующие показатели на протяжении того же периода также оставались неизменными. Тем не менее среди мужчин и женщин в возрасте старше 65 лет соответственно 18 и 33% полностью прекратили половое общение со своими партнерами.

Данное исследование (George, Weiler, 1981) было очень хорошо спланировано, что позволило авторам лучше других охарактеризовать особенности сексуальности в преклонном возрасте. В выборку были включены только супружеские пары, так как семейное положение является ключевым фактором, определяющим возможности полового общения и характер полового поведения в пожилом и преклонном возрасте.

Данные, касающиеся сексуальных интересов и поведения в подгруппе престарелых лиц, которая прежде не привлекала внимания исследователей, были получены Бретшнайдером и МакКоем (Bretschneider, McCoy, 1988). Авторы проанализировали данные опросов в выборке, включавшей 202 здоровых мужчин и женщин в возрасте от 80 до 102 лет (табл. 10.6). 62% этих мужчин и 30% женщин до сих пор, по их словам, имели сексуальные контакты, хотя в большинстве случаев они проходили в форме взаимных ласк и прикосновений, без полового акта. Знаменательно, что степень наслаждения от полового акта, ласк и прикосновений в этом возрасте достоверно коррелировала с интенсивностью сексуальной активности и ее значимостью в молодости.

Результаты исследований полового поведения в старшем возрасте свидетельствуют о том, что лимитирующим фактором сохранения сексуальной активности у мужчин является снижение интереса к ней (Kinsey et al., 1953; Pfeiffer, Davis, 1972; Martin, 1977; Geoge, Weiler, 1981). Это снижение, однако, в большей степени отражает воздействие сложившихся представлений о сексе (которые имеют силу вернейших пророчеств), а не что-либо другое. Характер сексуальной активности в преклонном возрасте значительно варьирует, тем не менее ее частота достоверно коррелирует с частотой половых сношений в начальном периоде брачной жизни и содержанием сексуальных отношений в первые годы после вступления в старший возраст (Masters, Johnson, 1966).

С другой стороны, согласно одному из последних сообщений, 35% опрошенных мужчин старше 60 лет испытывали расстройства эрекции, а среди женатых мужчин, чей возраст превышает 70 лет, с этой проблемой сталкивались более половины опрошенных (Diokono, Brown, Herzog, 1990). Многие их этих случаев имели медицинскую подоплеку. К такому

же выводу пришли авторы ряда других недавних исследований (Keiser et al., 1988; Mulligan, Katz, 1988). Это говорит о том, что истинная проблема заключается не в снижении интереса к сексу, а в общем ухудшении здоровья. Определенную роль играют гормональные и сосудистые факторы (Keiser et al., Diokono, Brown, Herzog, 1990). Весьма правдоподобным выглядит объяснение, согласно которому ухудшение общего состояния отрицательно сказывается на способности к эрекции, а интерес к сексуальному общению у мужчин пропадает только после того, как он твердо убеждается в расстройстве эрекции.

Таблица 10.6

Сексуальные проблемы у престарелых людей

Мужчины (N = 43)	%	Женщины (N = 20)	%
Боязнь половой слабости	37	Нерегулярный оргазм	30
Отсутствие устойчивой эрекции	33	Недостаточная эрекция у партнера	30
Невозможность эрекции	28	Недостаточное увлажнение влагалища	30
Отсутствие оргазма	28	Озабоченность несексуальными проблемами	25
Ограниченные возможности для половых контактов	23	Ограниченные возможности для половых контактов	25
Влагалищные боли или недостаточное увлажнение влагалища у партнерши	23	Слабое половое влечение	25

Результаты опроса 43 мужчин и 20 женщин старше 80 лет, имеющих хорошее здоровье и постоянного полового партнера или партнеров. По Bretschneider and McCoy, 1988.

Таблица 10.7

Частота мастурбирования у пожилых людей в период проведения опроса

Возраст	Мужчины	Число опрошенных	Женщины	Число опрошенных
60-69	52,6%	152	47,1%	281
70-79	29,5%	95	49,1%	161
80-91	45,8%	24	34,5%	29

Небезынтересно отметить, что большинство исследователей, изучающих сексуальную активность среди престарелых, на самом деле ограничиваются оценкой частоты половых актов, игнорируя все другие формы сексуального общения. Между тем, как показывают данные табл. 10.7, многие люди в возрасте старше 60 лет продолжают мастурбировать (Catania, White, 1982; Bretschneider, McCoy, 1988), хотя в основном это относится к тем, кто занимался этим в молодые годы. Пожилые люди, не имеющие половых партнеров, мастурбируют особенно часто (Catania, White, 1982). Пары в возрасте более 60 лет

продолжают практиковать и иные формы сексуальной стимуляции (например, оральный секс или стимуляцию руками). Эти способы не только обеспечивают известное разнообразие, но могут служить источником наслаждения и ощущения интимности даже если у мужчины не возникает или быстро пропадает эрекция (Starr, Weiner, 1981; Turner, Adams, 1988).

Вот что рассказал 78-летний мужчина:

"Когда мне перевалило за шестьдесят, у меня возникли проблемы с эрекцией. Половое сношение стало невозможным и поначалу я был очень расстроен. Но жена нашла способы расшевелить меня и спустя некоторое время, когда я, по-видимому, успокоился, все пришло в норму. Теперь, когда у меня возникает желание, а у нее нет, каждый пускает в ход рот и язык. Мы собираемся прибегать к этому способу и в дальнейшем. (Из картотеки авторов)

В старшем возрасте женщины часто остаются вдовами, поскольку продолжительность их жизни больше, а замуж они выходят за мужчин своего возраста или несколько старше. С годами мужчин-сверстников, которые могли бы служить в качестве новых половых партнеров, остается все меньше; надо учитывать также, что и пожилые мужчины предпочитают уделять внимание женщинам намного моложе себя. Это сильно ограничивает возможности сексуальных контактов для женщин старшего возраста, которые, потеряв мужей, сохраняют желание иметь полового партнера.

На протяжении последнего десятилетия наметилась новая тенденция, состоящая в том, что многие женщины 60 лет и старше не хотят покоряться судьбе, оставшись вдовами или разойдясь с мужем. Они используют все возможности, чтобы найти спутника жизни, что подтверждается, например, следующим объявлением, помещенным в соответствующем разделе популярного журнала:

"Живая симпатичная 62-летняя вдова с хорошей фигурой и современными взглядами познакомится с высоким привлекательным, интеллектуальным мужчиной 60-65 лет. Если новый роман для Вас интереснее гольфа, пришлите фотографию и телефон".

Бывают случаи, когда 65-летний вдовец (или вдова) не утратили интерес к сексу, однако стесняются проявлять его, боясь услышать в свой адрес ехидное замечание: только похотливые старики занимаются сексом" или "этой старушенции надо бы вести себя сообразно возрасту". Поскольку длительное воздержание от полового общения в пожилом возрасте приводит к уменьшению половых органов (точно так же как здоровая рука на перевязи за несколько месяцев теряет силу и способность к координированным движениям), пожилой человек действительно оказывается перед дилеммой: "упражнять или потерять".

Часто забывают и о такой серьезной проблеме, стоящей перед стариками, как перспектива оказаться в доме для престарелых, куда многие из них попадают из-за ухудшения здоровья, под предлогом необходимости их "защиты" или из-за желания упростить жизнь детям. По понятным причинам изучение полового поведения в этих популяциях проводится лишь эпизодически, тем не менее многие специалисты заявляют о необходимости создавать в таких учреждениях условия для реализации сексуальных желаний (например, предоставление отдельных помещений) (Kassel, 1976; McKinley, Draw, 1977; D.B. Miller, 1978; Wasow, Loeb, 1979). Администрация многих домов престарелых почти всегда отрицательно относится к такой идее; более того, в учреждениях такого типа иногда практикуется раздельное проживание мужчин и женщин

(в том числе состоящих в браке). Мы считаем своим долгом выступить за изменение существующей ситуации. Необходимо помочь пожилым людям преодолеть чувство одиночества и подавленности, которое большинство из них испытывают, оказавшись в домах престарелых.

Многие американцы не имеют представления о закономерных изменениях половой функции в возрасте 60-70 лет и старше. Пожилые люди принимают нормальные процессы "затухания" за признак надвигающейся опасности полностью утратить половую способность. Весьма полезной в этом отношении может оказаться короткая консультация в среднем возрасте, однако еще важнее изменить отношение человека к сексу и к тем переменам, которые сопровождают процесс старения. Он должен хорошо усвоить, что при нормальном здоровье и наличии заинтересованного и привлекательного партнера нет никаких оснований опасаться утраты сексуальных удовольствий в старческом возрасте. Возможно, самым достоверным доказательством совершившейся сексуальной революции станет изменение отношения отдельных людей и общества в целом к сексу в преклонном возрасте.

Семейное положение лиц разного пола в возрасте 65 лет и старше в 1987 г.

Таблица 10.6

Сексуальные проблемы у престарелых людей

Семейное положение	Мужчины		Женщины	
	65-74	75+	65-74	75+
Общее число	7608	3970	9624	6773
Никогда не состояли в браке	4,7%	4,3%	4,8%	6,4%
Состоявшие в браке (при наличии супруга(и))	79,7%	65,9%	51,0%	22,4%
Состоявшие в браке (супруг(а) отсутствует)	0,7%	1,9%	0,8%	0,9%
Овдовевшие	9,0%	23,6%	36,7%	67,0%
Живущие врозь	1,1%	1 ,0%	1 ,2%	0,6%
Разведенные	4,8%	3,3%	5,5%	2,7%

Цифры даны в тысячах.

По данным статистического управления США, 1989.

Секс после 60



Вопреки широко распространённому мнению об исчезновении сексуальных интересов у пожилых людей, исследования показывают, что многие из них продолжают вести активную половую жизнь после того, как им перевалило за шестьдесят. Ниже приводятся отдельные высказывания, записанные во время собеседования с группой пенсионеров.

68-летний женатый мужчина: "Должен признаться, я всегда думал, что между пожилыми людьми не бывает сексуального общения, но когда мне стукнуло шестьдесят и я обнаружил* что сохранил все прежние желания, это меня нисколько не удивило."

72-летняя женщина: "Людей поражает даже мысль о том, что мы можем думать о сексе. А почему бы и нет. Если секс еще доставляет радость и ничего не стоит, да к тому же у вас есть человек, с которым приятно быть, - в этом нет греха."

76-летняя вдова: "По-моему каждый молод настолько, насколько он чувствует. Если вы понимаете, что пора расцвета позади, надо тем более спешить. Если оставлять все радости молодым, то придется просто усесться в качалку и смотреть, как стареешь".

81-летний мужчина: "Для меня это все равно, что езда на велосипеде. Однажды научившись, вы уже никогда не разучитесь. Хотя мои друзья редко говорят о сексе, да и то больше в шутку, я продолжаю думать об этом и даже кое-что вижу во сне. Пару лет назад у меня были проблемы с простатой, и мой врач крайне удивился, услышав, что я занимаюсь этим раза два в неделю."

77-летняя вдова: "Я полагаю, что правильно отказаться от всякого секса, как только вы почувствуете, что он больше не нужен. Когда мой муж был еще жив, мы продолжали любить друг друга в течение многих лет после того, как у нас прекратилось сексуальное общение."

70-летняя замужняя женщина: "Приходитсй признать, что с годами секс воспринимается по-другому. Я все еще получаю удовольствие, и уверена, что и муж тоже, но вся страстность выкипела давным давно и мне кажется, что мы продолжаем все это скорее по привычке! чем из-за истинного влечения."

69-летций вдовец: "Еще никто не говорил о том давлении, которое испытывает мужчина со стороны женщины, если он еще крепок и ничем не болеет. Она флиртует, она намекает, она делает не двусмысленное предложения, а мне это не всегда нравится, хотя должен признаться, что иногда я не отказываюсь. Только очень неприятно вдруг обнаружить, что ни на что неспособен, имея полную желаний партнершу."

Выводы

1. В настоящее время сексуальная активность молодых людей выше, чем 20-30 лет назад, хотя наметилась тенденция к вступлению в брак в более позднем возрасте. Эти изменения сопровождаются исчезновением двойного стандарта в отношении добрачного сексуального опыта и значительным увеличением числа пар, живущих совместно без заключения брака.

2. Несмотря на изменившееся отношение к сексу, молодые люди продолжают сталкиваться с определенными сексуальными проблемами. Частота половых расстройств нарастает, поскольку число факторов, оказывающих отрицательное воздействие на сексуальную функцию, увеличивается. Среди молодых усиливается разочарование в отношении случайных половых связей.

3. Брак в известном смысле упрощает половое поведение. Однако повышение числа разводов в нашем обществе, особенно среди молодых супругов, показывает, что жизнь в браке больше не рассматривается как единственный вариант существования на всю оставшуюся жизнь. В то же время многие разведенные люди повторно вступают в брак и сталкиваются с теми же самыми проблемами, которые они не смогли разрешить ранее.

4. Переход в средний возраст часто сопровождается кризисной ситуацией, в которой мужчина оказывается особенно уязвим в сексуальном плане. У женщин кризис среднего возраста может совпадать с уходом из семьи повзрослевших детей и с наступлением менопаузы. Тем не менее многие женщины раскрываются в сексуальном плане именно в среднем возрасте.

5. Менопауза, наступающая обычно в возрасте 48-52 лет, характеризуется прекращением менструальных циклов. Резкое уменьшение продукции эстрогенов в перименопаузальном периоде может сопровождаться разнообразными симптомами, в том числе "приливами", атрофическими изменениями влагалища и остеопорозом. Эти симптомы могут быть предотвращены или ослаблены заместительной эстрогенотерапией в сочетании с циклическим приемом прогестинов (для сведения к минимуму риска возникновения рака матки).

6. В прошлом многие психические расстройства женщины объясняли наступлением менопаузы; исследования последнего времени не позволяют сделать вывод о резком повышении частоты эмоциональных проблем в постменопаузе.

7. Примерно у 5% мужчин старше 60 лет имеют место климактерические явления в форме снижения полового влечения, слабости, повышенной утомляемости и потери аппетита. Эти симптомы являются следствием пониженной продукции тестостерона и поддаются корректировке с помощью заместительной терапии этим гормоном.

8. В пожилом возрасте происходят заметные изменения в сексуальной сфере. У женщин наблюдается недостаточное увлажнение влагалища при половом возбуждении, а у мужчин замедляется наступление эрекции. У лиц обоего пола снижается мышечный тонус. Тем не менее эти изменения обычно не препятствуют проявлению сексуальной активности.

9. На сексуальное поведение людей преклонного возраста существенное влияние оказывает общественное мнение, которое отрицает правомочность сексуальных переживаний и возможность половых контактов в этот период жизни. Общее ухудшение

здоровья и отсутствие половых партнеров действительно могут осложнять сексуальную жизнь пожилых людей, однако нет никаких оснований считать, что в этом возрасте человек не должен получать сексуального удовлетворения.

Вопросы для размышления

1. Каковы типичные различия сексуальных возможностей 20-летних людей и лиц пожилого возраста? Как обычно меняется сексуальный опыт и отношение к сексу на протяжении зрелого возраста?

2. Выше упоминалось об "относительном" исчезновении двойного стандарта в отношении сексуальной активности. Согласны ли вы с этим? Если да, то какие компоненты двойного стандарта еще сохраняются в нашем обществе, а какие больше не ощущаются?

3. Разумно ли, по вашему мнению, вступать в брак с человеком, с которым вы никогда не были в половой связи? Разумно ли заключать брак с тем, с кем вы не пожили вместе? Помогло или помешало кому-нибудь из ваших друзей сожительство упрочить отношения с партнером?

4. Продолжительные браки и длительные сексуальные отношения часто приводят к сексуальному перегоранию. Что еще, кроме продолжительности отношений, способствует сексуальному перегоранию? Можно ли его избежать? Что можно порекомендовать живущим вместе партнерам, которые обнаруживают у себя признаки сексуального перегорания?

5. Согласны ли вы, что в нашем обществе существует общепринятое представление о типе красивого, сексуального мужчины средних лет, но отсутствует такое же представление о красивой, сексуальной женщине средних лет? Обязательно ли женщине быть молодой, чтобы считаться красивой и сексуальной? 6. Большинство читателей этой книги скорее всего порицают предубежденное отношение к людям в связи с их расовой или половой принадлежностью. Однако предубеждение против стариков распространено столь же широко и, очевидно, общество легче мирится с ним. Почему предубежденное отношение к престарелым - это особенно глупая форма предубеждений? Действительно ли именно оно заставляет молодых людей иногда ронять фразы вроде: "Я надеюсь, что не доживу до старости?"

11 глава Половые роли

В телевизионной мыльной опере самоуверенный, велеречивый бизнесмен соблазняет красивую, но не блещущую умом секретаршу. В детской книжке описывается ласковая, заботливая, хозяйственная мамаша, мужу которой, искателю приключений, не сидится дома. Газетная реклама сигарет представляет крепкого молодого человека, усердно обливающего водой свою стройную, кокетливо вскрикивающую подругу, мокрая майка которой плотно облегает бюст; сопровождающая надпись призывает: "Освежайтесь". И то, и другое, и третье помогает понять, что такое стереотипы половой роли и половая дискриминация.

На протяжении последних 25 лет значительно возрос интерес к изучению различий и сходства между полами. Тому есть несколько причин. Во-первых, несомненное влияние всех аспектов этой проблемы на социально-политические процессы в обществе. Во-вторых, наметившаяся в последнее время тенденция к стиранию веками существовавшей грани между полами. Так например, в 1990 г. в Соединенных Штатах работало более половины всех женщин. Нынешняя мода диктует форму прически, манеру одеваться и носить украшения независимо от половой принадлежности. Даже анатомический статус мужчины и женщины отныне нельзя считать неизменным, после того как стала возможной хирургическая коррекция пола. В-третьих, развернувшееся в стране феминистическое движение, привлекшее повышенное внимание к проблеме половой дискриминации, требующее равенства полов.

Результатом этих тенденций стало коренное изменение ранее бытовавшего отношения к различию полов, вопросам деторождения, к проявлениям мужского и женского начал и к тому, что общество определяет как "приличествующее" половой роли поведение. Многие лица, уже достигшие к настоящему времени зрелости, выросли в семьях, где исповедывались прогрессивные взгляды на роль обоих полов и где родители стремились сломать собственный стереотип мышления. Так возник непрерывный ряд форм социализации, охватывающий как старые, традиционные представления, так и их современные интерпретации. В настоящей главе эти вопросы рассматриваются с точки зрения их влияния на половую самоидентификацию.

Мужественность и женственность

Перечислите в уме признаки, характеризующие по вашему мнению типичного американца и американку. Если это мужчина, вы наверняка назовете силу, храбрость, уверенность в собственных силах, способность к соперничеству, агрессивность, а если женщина - мягкость, склонность полагаться на других, повышенную эмоциональность, чувствительность, разговорчивость и готовность к любви.

Большинство людей не только убеждены в реальности различий между мужчиной и женщиной, но и примерно одинаково представляют себе эти различия (Broverman et al., 1972). Убежденность такого рода, свойственная сразу многим людям и основанная на чересчур упрощенных представлениях и некритичных суждениях, называется стереотипом. Стереотипы могут быть вредны, поскольку они служат источником ошибочных суждений и обобщений и, следовательно, влияют на отношения людей друг к другу.

Многие стереотипы, касающиеся сексуальности, базируются на представлениях относительно природы мужского и женского начала, однако дать краткое определение

этих двух понятий весьма непросто. С одной стороны, мужественность в мужчине и женственность в женщине предполагает сексуальную привлекательность для лица противоположного пола. Реклама одежды и косметики постоянно напоминает нам об этом. С другой стороны, понятия мужественность и женственность используются для обозначения степени соответствия того или иного лица социально обусловленным нормам внешности и поведения. В недалеком прошлом в обществе высказывалось недовольство по поводу моды на длинные волосы у мужчин или стремления женщин получить доступ к военным секретам Пентагона, поскольку эти новшества не "соответствовали" преобладавшим представлениям о различиях между полами. Если рассматривать мужское и женское начала под еще одним углом зрения, то можно определить их как признаки, выявляемые с помощью стандартных психологических тестов, которые позволяют сравнивать реакцию индивидуума с реакцией больших групп мужчин и женщин, поставленных в аналогичные условия.

Согласно традиционным представлениям, крайне желательно, чтобы мужчина был мужественным, а женщина женственной. Если поведение отдельных людей соответствует ожиданиям окружающих, в обществе сохраняется социальное равновесие и обеспечивается стабильность. Соответствие культурным нормам, по-видимому, отражает "устойчивость" и "здоровье", тогда как слишком явное отклонение от ожидаемого поведения означает неблагополучие и даже болезнь. Наконец, мужчины с выраженным "мужским началом" и женщины, у которых развито "женское начало", отличаются легко прогнозируемым поведением, образ их действий достаточно постоянен и носит взаимодополняющий характер. К счастью (или к несчастью, в зависимости от точки зрения), в наше время мужское и женское начала не слишком много говорят нам о личности человека, его сексуальных предпочтениях или образе жизни, а прежние стереотипы уступают место более практичным, динамичным и научно обоснованным представлениям.

При традиционном подходе к изучению мужественности и женственности эти понятия рассматривали как противоположные. Согласно такому подходу, если в вас заложено "женское" начало, вы не можете обладать "мужскими" признаками и наоборот (Spence, Helmreich, 1978). Считалось, что люди с сильно выраженными признаками, свойственными мужскому началу (например, самостоятельность, способность к соперничеству), не могут обладать чертами, ассоциирующимися с женским началом. В результате многие психологические тесты, разработанные для оценки мужественности и женственности, предполагали однозначное разделение исключительно по тому или другому набору признаков (Kaplan, Sedney, 1980). Более того, при выявлении существенного отклонения показателей от неких усредненных критериев испытуемых считали психически менее здоровыми и социально менее приспособленными по сравнению с людьми, показатели которых соответствовали "норме".

Научные данные, полученные в течение двух последних десятилетий, заставили изменить это мнение. Вместо того чтобы противопоставлять мужское и женское в человеке, многие современные исследователи поведения рассматривают их как совокупность отдельных характеристик, в той или иной мере одновременно присущих одному и тому же индивидууму (Bern, 1972; Spence, Helmreich, 1978; Cook, 1985). Так, женщина, отличающаяся повышенной способностью к соперничеству, может во всех других отношениях быть очень женственной, а нежный, ласковый мужчина - сохранять все качества, свойственные остальным представителям своего пола. Следует иметь это в виду при обсуждении путей формирования половой роли и значения последней в жизни человека.

Черты социализации половой роли

Еще до рождения ребенка в семье могут быть разногласия по поводу его желаемого пола. В большинстве случаев родители хотят иметь мальчика, а не девочку (Makle, 1974; Coombs, 1977). Иметь сына считается более престижным, нежели дочь (Westoff, Rindfuss, 1974). Причина такого предпочтения коренится в убеждении, что мужчины сильнее, умнее, смелее и способнее женщин и что "наш мир - это мир мужчин" (каким он действительно был в недалеком прошлом), если иметь в виду, что мужчины имеют более широкие возможности чем женщины для получения образования, материального достатка, для профессиональной и политической карьеры.

Родители часто пытаются узнать пол еще не родившегося ребенка и спланировать его будущую судьбу. Если ожидается рождение мальчика, его заранее видят спортивным, удачливым, твердым и независимым. Если же должна родиться девочка, то чаще всего мечтают, чтобы она была красивой, стройной, любящей, привлекательной и удачно вышла замуж.

Все эти размышления о судьбе еще не родившегося ребенка представляют собой род стереотипа, так же как догадки о том, что родится мальчик, потому что "он" часто толкается в материнской утробе. Нет ничего удивительного в том, что, едва родившись, ребенок оказывается в плену имеющихся в данном обществе стереотипов и представлений.

Рождение и младенчество

Возглас, оповещающий о поле ребенка в момент его появления на свет ("Это мальчик!" или "Девочка!"), кладет начало целой цепочке событий: выбору розового или голубого браслета, который надевают на ручку новорожденного, выбору имени, покупке одежды и оформлению детской комнаты в соответствии с тем, что требуется мальчику или девочке. (В песне "Мальчик по имени Сью" композитора С. Силверстейна отец вопреки общепринятым нормам назвал сына женским именем, считая, что такой парадоксальный прием поможет закалить ребенка. Выбрав имя Сью, отец заставил мальчика часто вступать в драки, чтобы, защищаясь от насмешек, воспитать в себе твердость).

Стереотип отношения к полу виден и в том, что говорят друзья, родственники и родители, обсуждая внешность новорожденного: "Посмотрите, какой он большой. Держу пари, что из него выйдет футболист", "Какие у нее красивые глазки - просто куколка", "У него такое умное лицо", "У нее уже сейчас такие ножки, что можно не волноваться, отбоя не будет от поклонников". Шутливые предсказания будущей судьбы ребенка тоже непосредственно связаны с его полом. Если друзья родителей замечают: "Теперь придется думать, как собрать приданое", можно с уверенностью сказать, что речь идет не о мальчике.

Родители новорожденных говорят о девочках как существах более нежных, маленьких, красивых и не таких живых, как мальчики, хотя врачи не видят никаких объективных отличий с точки зрения внешности или активности (Rubin, Provenzano, Luria, 1974). В младенческом возрасте общение с матерью у мальчиков ограничивается в основном физическими контактами; с девочками матери больше разговаривают и больше опекают их (Lewis, 1972). Это различие способствует тому, что впоследствии девочки оказываются более разговорчивыми, а мальчики проявляют повышенную физическую активность. В 1977 г. Валум опубликовал результаты интересного исследования. Нескольких молодых матерей просили присмотреть за одним и тем же шестимесячным младенцем, одетым в

одних случаях в голубой комбинезон и названного им Адамом, а в других - в розовое гофрированное платье и названного Бетти. Оказалось, что матери чаще улыбались "Бетти", чаще играли с ней и находили ее "миленькой". Другое недавно проведенное исследование подтвердило, что матери и отцы по-разному ведут себя в отношении незнакомых детей, в зависимости от того, какой пол ребенка им назвали (Gulp, Cook, Housley, 1983).

Разное отношение родителей к собственным детям разного пола проявляется по-другому. В частности, они быстрее реагируют на плач маленькой дочери, чем на плач сына (Frieze et al., 1978), с большей готовностью разрешают мальчику проявлять самостоятельность, раньше начинают оставлять его одного дома. Напротив, у маленьких девочек как бы намеренно формируют пассивность и зависимость (Weitzman, 1975; Long, Laws, 1979).

До сих пор неясны причины проявления половых различий в процессе социализации детей. Культурные влияния, разумеется, имеют важное значение, но не исключено участие биологических факторов. Так например, повышенная интенсивность обмена веществ у мальчиков, высокая калорийность их пищевого рациона и более активный образ жизни способствуют раннему формированию чувства независимости; в свою очередь, стремление родителей поощрять это чувство отражает традиционно сложившиеся ожидания (Walum, 1977). Разное поведение мальчиков и девочек в младенческом возрасте может объясняться и различиями в их гормональном статусе. Зачастую родители сами не осознают, насколько отличается их отношение к детям разного пола. Тем не менее дифференцированная социализация, по-видимому, имеет место даже в тех случаях, когда родители теоретически не сторонники стереотипов половой роли (Scanzoni, Fox, 1980).

Ранее детство (от двух до пяти лет)

К двухлетнему возрасту ребенок достаточно надежно определяет половую принадлежность окружающих его людей и может разложить по ящикам одежду мальчиков и девочек (Thompson, 1975). Тем не менее двухлетка зачастую неспособен четко определить пол ребенка на фотографии, изображающей его (ее) самого; такая способность обычно появляется только к двум с половиной годам. Как уже говорилось, половая самоидентификация, т.е. осознание себя существом мужского или женского пола, окончательно формируется примерно к трехлетнему возрасту. Этому, вероятно, способствует приобретение речевых навыков, которые позволяют ребенку идентифицировать себя в новом качестве и проверять свою способность правильно определять половую принадлежность, используя такие местоимения, как "он" или "она" применительно к другим людям.

В возрасте двух или трех лет у детей начинает появляться понимание роли полов, внешних проявлений принадлежности к мужскому и женскому полу как членов собственной семьи, так и других людей. По-видимому, вначале ребенок ориентируется по отдельным, случайным признакам типа "мама не курит трубку" или "папа не красит губы". Однако начинающий ходить ребенок понимает больше, чем может выразить словами. Скорее всего умение различать пол людей развивается в процессе наблюдения за разнообразными формами поведения окружающих.

Чрезвычайно важное занятие детей раннего возраста - игра; наблюдая, какие предметы ребенок использует в играх, можно больше узнать о социализации половой роли. Пройдитесь по отделу игрушек в большом магазине и вы очень скоро поймете, что такое принцип дифференциальной социализации. Игрушки для мальчиков ориентированы на активные действия (ружья, машины, космические корабли, спортивные принадлежности),

тогда как игрушки для девочек предполагают более спокойные занятия, зачастую связанные с различными домашними делами (куклы, наборы посуды, игрушечные косметические наборы или миниатюрные пылесосы, печи и холодильники). Если та или иная игрушка предназначена и для мальчиков, и для девочек, то ее вариант для девочек так или иначе модифицирован, чтобы в большей степени отвечать специфическим потребностям. Например, велосипеды для мальчиков рекламируются как "прочные, быстрые и долговечные"; такие же изделия для девочек "изящны и безопасны, имеют седло, украшенное цветочным орнаментом, и свисающие с руля красивые розовые кисточки". Подробный анализ наборов игрушек в 96 семьях показал, что мальчикам покупают больше разнообразных игрушечных машин, спортивных принадлежностей и военизированных игрушек, а у девочек преобладают куклы, кукольные домики и игрушечные предметы домашнего обихода (Rheingold, Cook, 1975). Хотя в наши дни многие мальчики играют куклами типа "Рембо" и в солдатики, большинство родителей, имеющих сыновей, наверняка бы забеспокоились, узнав, что они предпочитают возиться с "девчачьими" разряженными куклами (Collins, 1984).

Еще одним важным источником, из которого дети черпают знания о роли полов, служат книжки с картинками. Как замечает Вейцман (Weitzman, 1975), "из книг дети получают сведения о том мире, который лежит за пределами их непосредственного окружения; они узнают, чего ждут от них другие люди". Несмотря на произошедшие в последние годы изменения, анализ содержания книг для детей дошкольного возраста, удостоенных тех или иных наград, выявил явную дискриминацию по половому признаку (Weitzman et al., 1972). Во-первых, мужчины изображаются в них гораздо чаще, чем женщины (авторы насчитали на картинках 261 мужчину и 23 женщины, что дает соотношение 11:1). Во-вторых, большинство мужчин представлены активно и независимо действующими, тогда как женщины выполняют пассивные роли. В-третьих, взрослые женщины, изображенные на этих рисунках, как правило, либо матери, либо жены, а взрослые мужчины заняты самыми разнообразными делами и представляют разные профессии. Неудивительно, что у девочек формируется твердое убеждение, что их жизненный "успех" связан только с замужеством и материнством. К счастью, положение начинает постепенно нормализоваться, и многие вышедшие в последнее время книги для дошкольников изображают женщину в более привлекательном свете.

Телевидение также является мощным средством социализации половой роли в детском возрасте, поскольку оно служит для них окном в мир. Однако детские мультфильмы также полны стереотипов половой роли: почти все их герои - мужчины, а женщины, как правило, изображаются "жертвами", которых приходиться спасать от злодеев. Даже такие получившие награды детские шоу, как "улица Сезам", не избежали критики, потому что в них доминируют мужские персонажи, а женщины редко изображаются действующими вне дома (Vogel, Broverman, Gardner, 1970). Реклама, рассчитанная на дошкольников, закрепляет ту же тенденцию: мальчики представлены в ней твердыми, деловыми людьми, а девочки - более тихими и утонченными, занятыми домашними делами.

Ребенок школьного возраста

Пока дети не поступили в школу, половая роль навязывается им не очень настойчиво. Семилетнюю девочку, которая лазает по деревьям и состязается в ловкости с мальчишками, родители могут вполне одобрительно и даже с оттенком гордости называть сорванцом, но при этом ее сверстник-мальчик, предпочитающий игру в куклы или со скакалкой футболу, получает оскорбительное прозвище "маменькиного сынка", и приводит в ужас родителей. Детские психиатры считают "нормальной фазой развития" период, когда девочка может выглядеть сорвиголовой (Green, 1974). В то же время,

многие исследователи считают, что с "женственностью" мальчиков необходимо бороться во избежание развития у них гомосексуальных наклонностей или осложнений на сексуальной почве (Lebovitz, 1972; Green, 1974, 1987; Newman, 1976; Rekensetal., 1978).

В школьные годы характер игр все больше ориентируется на реализацию половой роли. Мальчиков чрезвычайно привлекают школьные дворы и спортплощадки. Соревнование становится главным содержанием их игр. Ребят награждают за смелость и стойкость и порицают за трусость и неумение достойно принять отражение. Мальчики, предпочитающие тихие игры и избегающие соревнований, считаются странными и становятся мишенью для насмешек. Девочек, напротив, стараются по привычке устранить от участия в играх, построенных на соревновании, и избавить от чрезмерных нагрузок, несмотря на то что в детстве их физическое развитие опережает развитие мальчиков сопоставимого возраста. (Ныне ситуация заметно меняется; в частности, участие девочек в соревнованиях по плаванию, гимнастике, футболу и бейсболу приветствуется в такой же степени, как музыкальные и балетные занятия.) Девочки обычно очень быстро начинают понимать, что их слезы по поводу боли или обиды вызывают у окружающих желание защитить их или утешить. Таким образом, мальчиков учат преодолевать трудности посредством самостоятельных активных действий, тогда как для девочек наилучшим способом решения всех проблем становится проявление собственной беспомощности в надежде на помощь со стороны.

Иногда родители, сами того не сознавая, навязывают детям идею дискриминации женщины.

"Недавно моя приятельница Ирен (она вице-президент компании) на презентации публично сетовала на упорное нежелание мужчин видеть женщин на высоких руководящих должностях. Но не прошло и десяти минут, как она с гордостью рассказывала нам о своем восьмилетнем сыне, который бегает по дому и выкрикивает: "А мальчики лучше девочек, а мальчики лучше девочек!"

Ирен с пафосом говорила о том, что 40-50-летние сотрудники дискриминируют своих коллег женщин и тут же представляя своего помощника Джонатана, который запросто может выставить за дверь молодую сотрудницу, называла его "настоящим мужчиной" ("Ничего не поделаешь - такой возраст", - объясняла она) (Rommel, 1984, стр. 32).

Бывают, конечно, случаи, когда родители мальчиков по-иному реагируют на проявления пренебрежительного отношения к девочкам. Одна мамаша, услышав, как ее восьмилетний сын говорил друзьям, что девчонки не умеют играть в баскетбол, в ближайшие выходные дни повела его на матч женщин-баскетболисток. Очевидно, мальчик совсем по-новому стал оценивать спортивные возможности девочек, поскольку скоро его увидели играющим в мяч с девятилетней соседкой, живущей на той же улице.

Пренебрежительное отношение к девочкам вызывает беспокойство только у тех родителей, которые стремятся воспитывать детей в духе равенства полов. Большинство взрослых, даже считающих недопустимой половую дискриминацию, смотрят на это сквозь пальцы, полагая, что такие взгляды способствуют повышению самооценки у мальчиков.

Дети проводят много времени в школе, где еще очень распространены стереотипы половой роли. Уроки истории приучают детей к мысли, что в мире господствуют мужчины. В школе на девочек возлагают обычно совсем иные обязанности, чем на мальчиков (например, мальчика могут попросить принести стопку книг, а девочку -

навести порядок в классной комнате), причем такое распределение заданий имеет своим источником представление учителя о функциональных особенностях половой роли. В одной школе мальчикам-третьеклассникам было предложено возвести стенку, а девочкам - разрисовать ее. Когда одна из учениц сказала, что тоже хочет строить, учительница заявила: "Это не женское дело".

Дети школьного возраста очень часто сталкиваются со стереотипами половой роли и при просмотре телевизионных передач. Из рекламных роликов они узнают, что большинство женщин озабочено такими важными проблемами, как выбор стирального порошка, сорта мыла или самой мягкой туалетной бумаги. Мужчины, напротив, решают вопросы, связанные с поддержанием здоровья ("Четверо из пяти врачей рекомендуют..."), экономикой, покупкой машин и организацией досуга (например, большинство сюжетов с рекламой пива построены на эксплуатации темы "мужественности"). За исключением немногих ярких примеров, юристы, врачи и детективы, появляющиеся на телеэкранах - мужчины, а женщины (даже участвующие в рискованных предприятиях), как правило, оказываются чувствительными, романтическими существами, не способными собраться с мыслями. Неудивительно, что стереотипные представления о мужественности и женственности так устойчивы: их столь активно навязывают детям, что те начинают верить в их реальность. Это нашло подтверждение и в том факте, что у детей, проводящих у телевизора более 25 часов в неделю, такие представления о роли полов носят более устойчивый характер, чем у детей сопоставимого возраста, которые смотрят телевизионные передачи меньше 10 часов в неделю (McGhee, Fruch, 1980).

Подростковый возраст

Ориентация на выполнение той или другой половой роли в подростковом возрасте выражена еще сильнее, чем у детей. То, что раньше воспринималось как игра или репетиция будущего поведения, становится реальностью. Правила усложняются, а наказание за отступление от "общепринятых норм" становится все тяжелее.

Мальчику-подростку приходится следовать трем основным правилам. Во-первых, стремиться к успехам в спорте. Во-вторых, проявлять интерес к девочкам и вопросам секса. В-третьих, не выказывать "девчачьих" свойств или интересов. Если в этом возрасте мальчик слишком явно пренебрегает названными правилами, он может вызвать град насмешек в свой адрес; более того, на него могут смотреть как на потенциального гомосексуалиста. Многие родители возражают против преподавания домоводства в школе, полагая, что изучение данного предмета может ослабить мужское начало в их сыновьях и даже привести к "сексуальным отклонениям" (Spence, Helmreich, 1978). На самом деле никаких вредных с психологической точки зрения последствий такой опыт не имеет.

Девочки-подростки сталкиваются совсем с другими проблемами. Согласно традиционным представлениям, конечной целью в жизни женщины является замужество и материнство, а не карьера и самостоятельность. В связи с этим первостепенное значение приобретают привлекательность для лиц противоположного пола и умение проявить соответствующие качества. Система школьного обучения побуждает девочку-подростка ориентироваться на приобретение навыков ведения домашнего хозяйства или работы секретарши, а не стремиться получить какую-либо престижную профессию. Из общения со сверстниками и родителями она выносит убеждение, что успехи в учебе никак не сочетаются с женственностью (Weitzman, 1975; Frieze et al., 1978; Zong Laws, 1979). Однако положение начинает меняться. По мере того как в обществе растет уважение к женщинам, сделавшим

карьеру, все больше и больше девушек стремится получить высшее образование и хорошую работу.

Одним из факторов, влияющих на выбор женщины рода занятий, служит "страх успеха", т.е. боязнь быть отвергнутой мужчинами, если успех будет достигнут (Ногпег, 1972; Shaffer, 1981). Такие опасения не лишены оснований, поскольку успешная деятельность женщин на том или ином поприще зачастую "отпугивает" от нее менее удачливых мужчин и, следовательно, уменьшает шансы на замужество (Frieze et al., 1978).

В подростковом возрасте девушки получают недостаточно четкое представление о взаимосвязи между женственностью и сексуальностью. Известно, что традиционное представление о половом поведении женщины укладывается в формулу: "порядочные девушки так не поступают", а если поступают, то должны испытывать чувство вины. В то же время главная прелесть женственности состоит в сексуальности и именно сексуальная привлекательность служит ее критерием. Но коль скоро женственности придают такое значение, логично столь же высоко ценить сексуальную активность! Тем не менее большинство людей, допуская многочисленные сексуальные связи для мужчин, осуждают женщину, имеющую более одного партнера.

С течением времени традиционные стереотипы полового поведения начинают отвергаться подростками. Теперь девушки гораздо чаще назначают свидание юношам, чем это случалось лет 20 назад; более того, нередко они сами настаивают на сексуальной близости. Многих молодых людей это устраивает, но есть и такие, кто лучше чувствует себя в рамках традиционных сексуальных отношений, кого напористость в женщине просто пугает. Один 17-летний юноша выразил это в следующих словах: "Мне не нравится, что кто-то управляет мной и вообще, что я должен делать, если девушка хочет секса, а я не в настроении?". (Из картотеки авторов.)

На наших глазах стираются грани между устремлениями мужчин и женщин в таких сферах жизни, как спорт, образование или служебная карьера; изменился стиль одежды; во многих учебных заведениях, где раньше практиковалось раздельное обучение мужчин и женщин, оно стало совместным. Тем не менее нельзя забывать, что старые представления о половой роли продолжают оказывать влияние на подростков; это лишний раз подчеркивает, что настоящее есть в значительной степени продукт прошлого.

Зрелый возраст

Прежде чем продолжить обзор социализации половой роли, необходимо отметить два важных момента. Во-первых, мы умышленно концентрируем внимание на общих чертах этого процесса, игнорируя многочисленные источники отклонений от главной линии. Так, совершенно неправильно думать, что дети в Беверли Хиллз, Детройте или сельских районах Вермонта находятся в одинаковых условиях с точки зрения формирования половой роли. Процесс социализации зависит от религиозного и социально-экономического статуса населения, характера семейных ценностей и этнической принадлежности. В частности, исследователи установили, что дифференцировка половой роли сильнее выражена в низших классах общества по сравнению со средними или высшими (Reiss, 1980). Во-вторых, нельзя считать, что половая роль целиком формируется в детском и юношеском возрасте, так как это означало бы, что в зрелом возрасте люди не меняются. Между тем в последние годы многие молодые люди отошли от традиционного понимания различий между полами, которое им внушали в детстве, и исповедуют альтернативные взгляды, находя их более соответствующими условиям

жизни в современном обществе. Трудно сказать, как эта тенденция в конечном счете скажется на будущих поколениях.

При всех различиях в характере воспитания и изменениях во взглядах стереотипы половой роли, сложившиеся в нашем обществе, обычно в наибольшей степени проявляются у взрослых людей, хотя и в несколько иной форме, чем в предшествовавшие периоды жизни. У мужчин внешняя привлекательность и гетеросексуальный опыт остаются важными критериями мужественности, однако простой силе и успехам на поприще физической активности (охота, драки, спорт) уже не придается прежнего значения. В средних и высших классах американского общества мерилом истинно мужских качеств стали профессиональные достижения, оцениваемые по уровню служебного положения и финансового состояния.

Замужество и материнство остаются главными конечными целями женщины в соответствии с ее ожидаемой ролью в обществе, однако и этот стереотип в настоящее время претерпевает существенное изменение. По мере того как все больше и больше женщин предпочитают работать, а не сидеть дома, представление о несовместимости деловой карьеры и женственности постепенно становится достоянием прошлого.

Брак представляет собой весьма привлекательный общественный институт. Таврис и Оффир (Tavris, Offir, 1977) замечают:

"По иронии судьбы брак, который многие мужчины считают ловушкой, приносит им множество благ, тогда как работа служит источником напряжения и конфликтов. Для женщин все обстоит совершенно иначе. Замужество, к которому они стремятся с самого детства, может оказаться губительным для здоровья, в то время как работа по душе делает женщину здоровее и приносит удовлетворение".

Женатые мужчины физически и психически здоровее неженатых (Gurman, Klein, 1980; Scanzoni, Fox, 1980; Weissman, 1980), а среди замужних женщин частота психических и соматических расстройств выше, чем среди незамужних (Walker et al., 1985; Gotlib, McCabe, 1990). Гоув (Gove, 1979) выделяет несколько аспектов половой роли и брака, которые в совокупности приводят к такой ситуации:

1. Для женщины роль "жены-матери" служит единственным источником удовлетворения в браке, тогда как большинство мужчин имеют два таких источника: работу и роль главы семьи.

2. Некоторые женщины находят обременительной обязанность растить детей и вести домашнее хозяйство, тогда как других не устраивает низкий статус "жены-матери".

3. Относительная неопределенность и незаметность роли домашней хозяйки служит для замужней женщины постоянным источником недовольства и раздражения.

4. На плечи работающей женщины в большинстве случаев все равно ложится львиная доля домашних хлопот (поэтому нагрузка на нее гораздо больше, чем на мужа). К тому же ее служебное положение, как правило, ниже, она меньше получает и должна бороться за равные права с коллегами-мужчинами.

5. Перспективы для замужней женщины неясны и расплывчаты. Неопределенность будущего, невозможность повлиять на ход событий в совокупности зачастую создают дополнительные проблемы и приводят к заниженной самооценке.

К счастью, целый ряд признаков свидетельствует о положительных изменениях в обществе. Сейчас уже не редкость семьи, в которых работают оба супруга, и все больше и больше мужчин добровольно берут на себя те домашние заботы, которые раньше считались исключительно "женским делом" (Pleck, 1985; Donthitt, 1989). Конечно, немногие мужчины готовы бросить работу и вести домашнее хозяйство, но число их постепенно растет (Beer, 1983).

Половые роли взрослых людей реализуются, разумеется, не только в браке. Показательно, что неравенство мужчины и женщины сохраняется и вне дома. В деловом мире лишь немногие компании имеют женщин среди руководящего персонала (столь же редки мужчины, выполняющие секретарские обязанности). На молодого человека, добившегося успеха в бизнесе, смотрят как на одаренного "чудесными" способностями, но если высокого положения достигает молодая женщина, то ее взлет тут же начинают приписывать протекции любовников. Медицинские и юридические институты только в последнее десятилетие под давлением правительства стали принимать более или менее значительное число женщин. Следует к тому же иметь в виду, что изменение правил приема отнюдь не означает, что в университетах женщин встречают с распростертыми объятиями. Вот что говорит по этому поводу одна студентка медицинского факультета:

С самого начала я заметила, что вызываю раздражение тем, что и умна, и привлекательна. Кажется, мои преподаватели полагают, что думать могут только некрасивые женщины. Возникает ощущение, что тебя все время хотят поставить на место и унизить". В анатомичке с явной издевкой дают самые "неудобные" задания и с удовольствием насмехаются. Да и вообще, я не понимаю, чем женщина-врач, осматривающая пенис, отличается от мужчины, проводящего гинекологическое обследование. Тем не менее, такая ситуация всегда служит поводом к веселью. (Из картотеки авторов)

Дискриминацию по половому признаку ощущают женщины, овладевшие даже самыми престижными профессиями. Как показало одно из исследований, с этим сталкиваются 25% студенток медицинского факультета Гарвардского университета; в старинной юридической конторе Кинг и Сподцинг в Атланте сотрудница возбудила судебное дело против руководства "в связи с отсутствием равных условий труда на почве половой дискриминации".

Женщинам не только затруднен доступ к получению престижных профессий - они наказываются также более низкой заработной платой; гораздо более труден для них и путь наверх по служебной лестнице. А если женщина все же достигает успеха в работе, это чаще приписывают удачному стечению обстоятельств, а не личным способностям, усердию и трудолюбию (Walum, 1977; Heilman, 1980). Другой вид предубеждения, которое зачастую приходится преодолевать женщинам, был ярко продемонстрирован в ходе специального исследования. Его участникам (это были 360 студентов ВУЗов, половину которых составляли мужчины, а половину женщины) предлагали оценить курсовые работы. Выяснилось, что одна и та же работа получала высокую оценку, когда была подписана мужским именем, и низкую, если под ней стояло женское имя (Paludi, Bauer, 1983).

Очевидно, что половая дискриминация является существенным элементом жизни современного общества и не может исчезнуть в одночасье (Heilman, 1980). Тем не менее что-то меняется: уже есть женщины-сварщицы и мастера по ремонту телефонных аппаратов, а многие мужчины все чаще выполняют традиционно "женские" работы. Сандра Дей О'Коннор стала первой женщиной-членом Верховного Суда США, а одна

женщина в 1984 г. баллотировалась на пост вице-президента США. Все больше женщин занимают высокие, ответственные должности в государстве.

Что не устраивает друг в друге мужчину и женщину, живущих вместе

Мужчина и женщина, живущие вместе, обычно находят друг у друга черты, которые их не устраивают (Buss, 1989). Например, неверность и оскорбительное поведение в равной степени не устраивают и того, и другого. Однако имеется целый ряд характерных половых различий в источниках конфликтов, которые перечислены ниже.

Что не нравится женщине в мужчине:

Высокие сексуальные запросы: проявляет повышенную сексуальную агрессивность, заставляет женщину чувствовать, что использует ее для удовлетворения своих половых потребностей, настаивает на сексуальной близости, не считаясь с ее желанием

Неуважительное отношение: считает женщину глупым, слабым существом; игнорирует ее мнение или умаляет его значимость просто потому, что это мнение женщины

Эмоциональная сдержанность: не проявляет свои чувства открыто, как будто боится выглядеть слабым

Поведение: слишком много пьет, слишком легко ввязывается в ссоры и драки, курит

Ненадежность: проводит с женщиной слишком мало времени, забывает позвонить, несмотря на обещание сделать это, не называет ее любимой и т.д.

Что не нравится мужчине в женщине:

Сексуальное пренебрежение: слишком часто отказывает в половой близости, не реагирует на сексуальные порывы мужчины, склонна насмехаться над его сексуальными способностями

Эгоизм: слишком занята собой, своей внешностью, своими нарядами, своей прической и макияжем; тратит на это чересчур много времени и денег

Неуравновешенность: слишком зависит от своих эмоций, отличается в высшей степени непрогнозируемым поведением

Воспитание детей в духе равенства полов



Девочки-подростки приобретают нетрадиционные для своего пола навыки слесарного труда.

Родителям, интересующимся проблемами воспитания детей в духе равенства полов, можно дать несколько простых рекомендаций, помогающих найти правильную линию поведения.

Необходимо давать пример одинакового отношения к людям независимо от их пола. В частности, мать и отец должны в равной степени участвовать в уходе за ребенком и в его воспитании. Последите за собой. Не повторяете ли вы расхожего мнения о том, что мальчики чаще кричат и больше двигаются? Не высказываетесь ли вы в том смысле, что мальчикам присущи сила и упорство, а девочкам красота? Обсуждая с детьми их будущую специальность, ни в коем случае не связывайте выбор с половой принадлежностью. Детям следует объяснить, что мужчины и женщины с одинаковым успехом справляются с работой, которую по традиции считают "мужской" или "женской". Расскажите им о женщинах-полицейских или строителях, о мужчинах-танцорах или воспитателях в детских садах. Выполнение данной рекомендации не дает стопроцентной гарантии правильного формирования взглядов у вашего ребенка, однако создает атмосферу, способствующую этому.

Не подчеркивайте неравенство полов при выборе мебели, игрушек и оформлении детской комнаты. В спальне ребенка должны преобладать нейтральные цвета: зеленый и желтый вместо розового для девочки и голубого для мальчика. Резная мебель, белая с золотом обивка, балдахин над кроватью создадут у девочки ощущение плена и искусственной утонченности. А если мальчик будет каждый день рассматривать на собственном одеяле изображение ковбоев, убивающих индейцев, это может сделать его равнодушным к насилию. Пусть в спальне вашего ребенка будет много игрушек, развивающих творческую активность и одинаково пригодных и для мальчиков, и для девочек: краски, карандаши, пластилин или коробка со старой одеждой, в которую дети любят наряжаться во время игр. Задумайтесь над тем, сможет ли играть с игрушками вашего ребенка ребенок противоположного пола. Какие игрушки окажутся лишними?

Обратите внимание на то, как вы наказываете и поощряете своих детей. Не получается ли так, что за один и тот же проступок вы шлепаете Томми, а Салли всего лишь выговариваете? Чаще ли вы хвалите дочь за ее внешность, а сына -за его успехи. Не забывайте, что телевидение предоставляет вашему ребенку модели половой роли и соответствующую "информацию". Следите за тем, что смотрит ваш ребенок, чтобы знать,

какие программы его интересуют и сколько времени он проводит у экрана. Учите ребенка критически относиться к увиденному. Указывайте ему на положительные и отрицательные, по вашему мнению, стороны передачи. Если не помогают уговоры, можно просто выключить телевизор или сослаться на его неисправность, при условии что ваш ребенок не проведет полдня за тем же занятием у приятеля.

Будьте в курсе школьных дел вашего ребенка, чтобы вовремя подметить признаки пренебрежительного отношения к девочкам. Просматривайте учебники ребенка, чтобы выявить "явные пробелы", например отсутствие упоминаний о выдающихся женщинах в учебнике по истории. Старайтесь, чтобы ваш ребенок посещал уроки труда и домоводства в классах со смешанным обучением. Развитие у детей только тех навыков, которыми по общему мнению должно обладать лицо данного пола, стимулирует поведение, вытекающее из традиционной понимаемой половой роли. Постарайтесь критически оценивать действие учителей, не забывая о трудности этой задачи, в виду того что дискриминационные тенденции в преподавании могут быть незаметными и трудноуловимыми. В частности,учитель может ожидать (и добиваться) более высокой успеваемости по математике у мальчиков и по английскому языку у девочек. Тесные взаимоотношения с учителями, например на родительских собраниях, а также посещение педагогических советов, помогут выявить и скорректировать нежелательные тенденции.

Андрогиния

При чтении настоящей главы вы, вероятно, заметили, что в вашем характере есть и мужские и женские черты. Если это действительно так, то вы похожи на большинство людей. Лишь очень немногим присущи качества, приписываемые исключительно одному или другому полу.

Не так давно психологи отбросили устаревшие представления о природе "мужского" и "женского" и сконцентрировали внимание на проблеме андрогинии. Термином андрогиния определяют одновременное присутствие у одного человека стереотипных признаков женщины и мужчины (Kaplan, Sedney, 1980). Это слово составлено из двух греческих корней: андро (мужчина) и гин (женщина).

Что же имеют в виду, говоря об андрогинии у того или иного человека? Среди исследователей нет единого мнения по этому вопросу. Одни полагают, что мужские и женские признаки сосуществуют, но проявляются в разных ситуациях. Женщина может твердо и непреклонно отстаивать свою точку зрения перед коллегой, а затем чисто по-женски утешать этого же человека, если у него случилось какое-то горе.

По мнению других, мужские и женские черты полностью сливаются в характере одного человека и проявляются не попеременно, а вместе, как неотъемлемое свойство личности. Так например, женщина может выступать инициатором сексуального общения (т.е. проявлять качество, традиционно приписываемое мужчинам), но делает это в мягкой и деликатной форме (т.е. "по-женски"). Следовательно, адрогинность не означает утрату качеств, свойственных одному полу, и приобретение признаков противоположного пола. Она означает развитие черт противоположного пола, которые предсуществуют в нас (Washburn, 1981).

Во избежание недоразумений следует также заметить, что понятие андрогиния не относится к экономическому равенству полов, отсутствию дифференцированной половой роли, бисексуальности или биологическому состоянию гермафродитизма (наличия у одного человека яичниковой и тестикулярной тканей). Точно так же, поправка к закону о

равноправии не имеет целью достижение большего уровня андрогинии в нашем обществе. Хотя в литературе по андрогинии обычно подчеркиваются положительные следствия сосуществования мужского и женского начал в одной личности (в качестве примера обычно приводят сочетание твердости и доброты), одновременное присутствие отрицательных свойств, скажем стремления к лидерству и мелочности или резкости и слабости, тоже вполне реально (Cook, 1985).

Ряд проведенных психолагами исследований показал, что примерно треть американских студентов характеризуются андрогинностью (Bern, 1975; Spence, Helmreich, Stapp, 1975; Spence, Helmreich, 1978). Установлено, что у андрогинных субъектов сильнее развито чувство собственного достоинства, они больше ориентированы на достижение успеха и лучше приспособлены к жизни, нежели лица, у которых четко выражены чисто мужские или женские черты (Spence, Helmreich, 1978). Кроме того, исследование Бема позволило установить, что андрогинные личности отличаются более гибким поведением, нежели лица с явным преобладанием качеств, по традиции приписываемых только мужчинам или только женщинам (Bern, 1972, 1975; Bern, Martyna, Waltson, 1976). Точно также, имеются данные, согласно которым адрогинные женщины испытывают меньше психологических проблем, нежели носители стереотипных мужского или женского начал (Buchardt, Serbin, 1982).

Тем не менее андрогиния не всегда является положительным свойством. Как показало недавнее исследование, проведенное на группе преподавателей, андрогиния ассоциируется с относительно высокой личной удовлетворенностью, но сопряжена с подверженностью стрессу (Rotherman, Weiner, 1983).

По некоторым данным, эмоциональное состояние мужчин с выраженным мужским началом в целом лучше, чем у андрогинных мужчин (Jones, Chernovertz, Hansson, 1978). Они более активны, меньше склонны к самоанализу, больше интересуются политикой и лучше контролируют свое поведение. Более того, андрогиния вовсе необязательно предполагает умение эффективно решать жизненные проблемы (Spence, Helmreich, 1978; Kaplan, Sedney, 1980). Как показало недавно проведенное исследование (выборка включила 236 студентов), андрогиния не делает людей более гибкими, способными адаптироваться к изменяющимся условиям; напротив, было установлено, "что критическим фактором для этого является обладание чисто мужскими чертами, а не сочетание мужских и женских качеств" (Lee, Scheurer, 1983, стр. 304). Два другие важные исследования также подтвердили, что чисто мужские качества в большей степени коррелируют с рядом показателей психологического здоровья, чем женское начало (Bassoff, Glass, 1982; Taylor, Hall, 1982).

Проанализировав результаты исследований, в которых оценивались отрицательные аспекты андрогинии, Кук (Cook, 1985) пришел к выводу, что "андрогиния, по-видимому, влечет за собой ряд еще не познанных специфических последствий для ее носителей". В частности, Кук выделил следующие потенциальные проблемы: 1) андрогиния может служить причиной тревожного и подавленного состояния в неблагоприятных социальных ситуациях; 2) андрогиния не позволяет эффективно контролировать поведение; 3) андрогинные субъекты могут испытывать трудности в любовных отношениях с лицами, для которых андрогинность не характерна.

Ко всему сказанному следует добавить, что результаты изучения андрогинии существенно зависят от используемых критериев самооценки (Dorgan, Goebel, House, 1983). Однозначно ответить на вопрос, является ли андрогиния положительным свойством или осложняет жизнь индивидуума, сейчас нельзя . Несомненно только, что эта проблема

ставит множество интересных вопросов о взаимосвязи между "традиционно" понимаемыми мужской и женской ролями.

Психология половых различий

Проблема психологических различий между мужчинами и женщинами долгое время была окружена разного рода мифами. Первых исследователей этой проблемы, ставивших перед собой задачу определить, какой из полов обладает "высшими" способностями, теперь обвиняют в использовании недобросовестных методических подходов и в предвзятой интерпретации полученных результатов с целью показать превосходство мужчин. В 1974 г. Элеонора Маккоби и Кэрол Джэклин развеяли многие мифы, показав, что люди разного пола имеют больше сходства, чем различий.

Исследовательницы затратили три года на подбор и просмотр более 2000 книг и статей, касающихся половой дифференцировки в детском возрасте, чтобы показать, какие широко распространенные мнения основываются на твердых фактах, а какие не имеют под собой надежной экспериментальной основы.

Чтобы определить свое отношение к этой проблеме, подумайте, какие из приведенных ниже утверждений правильные, а какие ложные.

1. Девочки более общительны чем мальчики

2. Чувство собственного достоинства у мальчиков развито сильнее, чем у девочек

3. Девочки лучше мальчиков выполняют простые, рутинные задания

4. Мальчики обладают более выраженными математическими способностями и пространственным мышлением, нежели девочки

5. У мальчиков более аналитический ум, чем у девочек

6. У девочек лучше развита речь, чем у мальчиков

7. У мальчиков сильнее мотивация на достижение успеха

8. Девочки не столь агрессивны, как мальчики

9. Девочки легче поддаются убеждению, чем мальчики

10. Девочки более чувствительны к звуковым, а мальчики - к зрительным раздражителям

Ответы, вытекающие из исследования Маккоби и Джэклин, не могут не вызывать удивления.

1. Нет никаких оснований считать, что девочки более общительны, чем мальчики. В раннем детстве и те, и другие одинаково часто объединяются в группы для совместной игры. Ни мальчики, ни девочки не обнаруживают повышенного желания играть в одиночку. Мальчики не отдают предпочтения игре с неодушевленными предметами перед игрой со сверстниками. В определенном возрасте мальчики даже больше времени проводят в совместных играх, чем девочки.

2. Результаты психологических тестов свидетельствуют, что мальчики и девочки в детском и подростковом возрасте существенно не отличаются по уровню самооценок, однако указывают разные сферы жизнедеятельности, в которых чувствуют себя более уверенно, чем в других. Девочки считают себя более компетентными в сфере взаимного общения, а мальчики гордятся своей силой.

3 и 4. Мальчики и девочки одинаково эффективно справляются с простыми, типовыми задачами. Математические способности у мальчиков проявляются примерно в возрасте 12 лет, когда у них быстро развивается пространственное мышление. В частности, им легче удается изобразить невидимую сторону предмета. Поскольку различие в способностях к пространственному мышлению становится заметным только в подростковом возрасте, причину этого следует искать либо в окружающей ребенка обстановке (вероятно, мальчикам чаще представляется возможность совершенствовать это умение), либо в особенностях его гормонального статуса.

Некоторые специалисты высказывают мнение по поводу того, что математические способности мальчиков реально выше, чем у девочек (Kolata, 1980). Например, исследователи Чикагского университета не выявили половых различий в умении решать геометрические задачи, которые они предлагали 1366 учащимся десятых классов обоего пола. Однако согласно данным других авторов, биологические факторы все же имеют важное значение. Было обнаружено, что мужчины, на протяжении всей жизни испытывавшие тяжелую андрогенную недостаточность, характеризуются пониженной способностью к пространственному мышлению по сравнению с мужчинами нормального гормонального статуса или мужчинами, у которых андрогенная недостаточность развилась после пубертатного периода (Hier, Crowley, 1982). В другом исследовании были получены дополнительные данные, свидетельствующие о связи между выраженными математическими способностями и гормональным статусом. Тем самым было доказано, что программирование функции мозга андрогенами в пренатальном возрасте может служить предрасполагающим фактором формирования половых различий в пубертатном периоде благодаря повышенной секреции мужских половых гормонов (Kolata, 1983). Важно, однако, отдавать себе отчет в невозможности провести четкую границу между математическими способностями мужчин и женщин. Поэтому те слабые различия, которые, вероятно, существуют, ни в коей мере не могут служить основанием рекомендовать мальчикам и девочкам тот или иной вид специального обучения или рода занятий в будущем. Некоторые специалисты объясняют выявленные различия тем, что родители и учителя меньше поощряют девочек к занятиям математикой, а также тем, что мальчики легче справляются со стандартными заданиями, которые предлагаются в психологических тестах (Fausto-Sterling, 1985; Kimball, 1989).

5. Аналитические способности у мальчиков и девочек одинаковые. Мальчики и девочки обнаруживают способность отделить существенное от несущественного, распознать в потоке информации наиболее важное.

6. Речь у девочек развивается быстрее, чем у мальчиков. До подросткового возраста дети обоего пола не отличаются по этому показателю, однако в старших классах девочки начинают опережать мальчиков. Они лучше справляются с тестами на понимание сложностей языка, отличаются более беглой образной речью, их сочинения более грамотны и лучше с точки зрения стиля. Как и в случае с математическими способностями мальчиков, повышенные речевые способности девочек могут быть следствием социализации, которая мотивирует их на совершенствование языковых навыков.

7. Девочки менее агрессивны, чем мальчики, причем это различие заметно уже в двухлетнем возрасте, когда дети начинают принимать участие в групповых играх. Повышенная агрессивность мальчиков проявляется как в физических действиях, так и в демонстрации готовности вступить в борьбу или в форме словесных угроз. Обычно агрессивность направлена на других мальчиков и реже на девочек. Нет никаких данных о том, что родители побуждают мальчиков быть агрессивнее девочек; скорее они не поощряют проявления агрессивности ни у тех, ни у других.

8. Мальчики и девочки в равной степени поддаются убеждению и одинаково часто имитируют поведение взрослых. И те, и другие находятся под воздействием социальных факторов и понимают необходимость следовать общепринятым нормам поведения. Единственное достоверное различие состоит в том, что девочки несколько легче адаптируют свои суждения к суждениям окружающих, а мальчики могут принимать ценности данной группы сверстников, не поступаясь собственными взглядами, даже если между теми и другими нет ни малейшего сходства.

9. В младенчестве мальчики и девочки одинаково реагируют на различные объекты окружающей среды, которые воспринимаются с помощью слуха и зрения. И те и другие различают речевые особенности окружающих, разные звуки, форму предметов и расстояния между ними. Это сходство сохраняется и у взрослых людей разного пола.

Наиболее объективный подход к выявлению различий между полами состоит в изучении мозга. С помощью электроэнцефалографии можно оценивать реакции мозга на различного рода стимуляцию. Такие исследования позволяют избежать зависимости получаемых результатов от личных мнений или пристрастий экспериментатора, поскольку интерпретация наблюдаемого поведения в данном случае основывается на объективных показателях.

Наиболее важным итогом изучения мозга (результаты были опубликованы после исследований Маккоби и Джэклин) стало открытие физиологической основы ряда половых различий. Диана МакГиннесс и Карл Прибрэм (1978), используя тот же подход, что и выше названные авторы, обобщили данные большинства нейрологических исследований. Оказалось, что у женщин острее чувства вкуса, осязания и слуха. В частности, их слух в длинноволновом диапазоне настолько острее, чем у мужчин, что звук мощностью 85 децибел кажется им в два раза громче. МакГиннесс и Прибрэм пришли к выводу, что у женщин выше подвижность рук и пальцев и более тонкая координация движений, они больше интересуются окружающими людьми, а в младенчестве с большим вниманием прислушиваются к различным звукам. По мере накопления данных об анатомических и физиологических особенностях мужского и женского мозга (Lacoste-Utamsing, Holloway, 1982) возрастает потребность в новых нейропсихологических исследованиях, которые могли бы развеять существующие мифы или подтвердить их реальность.

Феномен транссексуальности

В 1953 г. мир был потрясен известием о том, что Кристин Йоргенсен, бывший американский морской пехотинец, был оперирован в Дании с целью изменения пола с мужского на женский. С тех пор транссексуализм получил широкую и несколько скандальную известность. В автобиографической повести Яна Морриса "Головоломка" рассказываются поразительные подробности его собственной транссексуальной одиссеи. Рене Ричард - высококвалифицированный глазной врач и теннисист произвел форменный

переполох, когда после превращения в женщину стал настойчиво требовать допуска в компанию женщин-теннисисток.

Транссексуальные субъекты постоянно ощущают несоответствие между анатомическим полом и тем, кем они себя ощущают. Многие из них характеризуют это состояние как "заключение в чужом теле". Половая самоидентификация в данном случае не соответствует первичным и вторичным половым признакам. Мужчины-транссексуалы испытывают потребность изменить свои половые органы на женские и жить как женщины. И наоборот, женщины-транссексуалы хотят внутренне и внешне походить на мужчин и вести соответствующий образ жизни.

Точные статистические данные о частоте встречаемости такой патологии отсутствуют. Согласно одному сообщению, она составляет примерно один случай на 100 000 для мужского транссексуализма и 1 на 130 000 для женского (Pauly, 1974). Среди людей, обращающихся в клиники, которые занимаются проблемой транссексуальности, мужчин гораздо больше, чем женщин; то же относится к лицам, выражающим желание подвергнуться операции с целью изменения пола (Американская психиатрическая ассоциация, 1980). Несмотря на множество гипотез, касающихся возможных причин транссексуальности (Benjamin, 1966; Green, Money, 1969; Stoller, 1972, 1975; Green, 1974; Hunt, Carr, Hampson, 1981), исследователи так и не пришли к какому-либо определенному выводу. Предполагается, что в формировании транссексуального состояния участвуют как биологические, так и психологические факторы.

В наиболее полно изученных случаях транссексуальности субъекты характеризовались испытываемым на протяжении всей жизни чувством несоответствия того, существом какого пола они себя ощущают и кем на самом деле являются. Обычно психологический дискомфорт удается отчасти (но лишь на время) уменьшить, мысленно войдя в роль лица противоположного, желаемого пола. Многие транссексуалы еще в детском и подростковом возрасте проявляют склонность к переодеванию в платье, свойственное другому полу. Не следует, однако, путать транссексуальность с трансвестизмом. В последнем случае переодевание имеет целью половое возбуждение и обычно не связано с желанием необратимо изменить свою внешность (см. гл. 17). По крайней мере в отдельных случаях транссексуальные импульсы проявляются только в зрелом возрасте.

Общее подавленное состояние и ощущение "заключения в чужом теле" обычно не устраняется методами психотерапии (Tollison,Adams, 1979). В результате этого лицам, признанным аутентичными транссексуалами, назначают лечение, имеющее целью привести в гармонию дух и тело посредством хирургической операции изменения пола. Поскольку эти операции носят необратимый характер, врачи с большой осторожностью прибегают к ним не ранее чем через один-два года испытательного срока (Meyer, Hoopes, 1974; Money, Wiedeking, 1980). Весь этот период пациент открыто ведет образ жизни, свойственный лицам противоположного пола, носит соответствующие прическу и одежду, учится вести себя соответствующим образом и получает новое имя.

Транссексуальный мужчина ежедневно принимает эстрогенные препараты, чтобы феминизировать свою внешность. У него увеличиваются грудные железы, кожа становится мягче, уменьшается объем мышц и т.п. Однако эстрогенотерапия не позволяет избавиться от волос на лице и на теле (необходима электроэпиляция) или повысить тембр голоса. Некоторые мужчины-транссексуалы, готовящиеся к операции, берут специальные уроки, для того чтобы приобрести женскую манеру речи. Прием эстрогенов сопровождается также снижением частоты эрекции и уменьшением размеров простаты и семенных пузырьков.

Транссексуальные женщины принимают препараты тестостерона для подавления менструаций, усиления роста волос на лице и теле и понижения тембра голоса. Для уменьшения размеров грудных желез прибегают к хирургической операции. Гормональная терапия для транссексуальных мужчин и женщин проводится на протяжении всего испытательного периода, когда они носят соотвествую-щую новому полу одежду и приспосабливаются к новой половой роли. Одновременно проводится периодическая оценка состояния пациента психиатром и психологом, принимаются меры по юридическому оформлению перемены пола, а также урегулированию связанных с ней семейных, религиозных и других вопросов.

Если испытательный период проходит нормально, психологическое состояние пациента оценивается как стабильное, а сам он (или она) чувствует, что в социальном плане подготовлен к перемене пола, приступают к осуществлению последнего этапа программы - хирургической коррекции анатомических половых признаков. В настоящее время хирургическое преобразование мужских гениталий в женские считается более простой процедурой чем альтернативная операция. При этом удаляется пенис и яички, формируются искусственное влагалище и наружные половые органы, имеющие такой же вид, как у женщины. При более сложной операции преобразования женских наружных половых органов в мужские из свернутого в трубку лоскута ткани живота или промежности формируют "пенис". Последний не обладает чувствительностью к тактильной стимуляции и способностью к эрекции, тогда как искусственное влагалище, формируемое при альтернативной операции может обладать практически полным набором сексуальных реакций (например, перенесшие такую операцию сообщают о наличии увлажнения влагалища и оргазма, хотя эти данные нуждаются в подтверждении научными методами).

При изменении женских наружных половых органов на мужские иногда удается в той или иной мере добиться реализации половой функции искусственного пениса, имплантируя в него механическое устройство, которое позволяет имитировать эрекцию. Опыт применения такой хирургической техники в настоящее время весьма ограничен и во всяком случае исключает эякуляцию. Многие пациенты, меняющие женский пол на мужской, проходят курс гормональной терапии, удаляют грудные железы и матку, но не соглашаются на формирование искусственного мужского члена.

Отдаленные наблюдения за пациентами-транссексуалами после хирургического вмешательства немногочисленны. По данным Лундстрома (Lundstrom, 1981), становление половой функции после преобразования мужского пола в женский сильно затруднено. Соренсон (Sorenson, 1981) установил, что примерно один из каждых пяти лиц, подвергавшихся операции с целью изменения пола, в последующем сожалел о принятом решении. Результаты подробного опроса 13 бывших мужчин-транссексуалов (проводившегося в среднем через 12 лет после хирургического изменения пола) свидетельствуют о том, что "только у трети пациентов с искусственным влагалищем оно функционировало"; при этом у большинства пациентов (у 8 из 13) не произошло психологической перестройки, несмотря на перенесенную операцию (Lidemalm, Korlin, Uddenberg, 1986). Напротив, в исследовании 22 бывших женщин-транссексуалов было установлено, что они вполне довольны своей личной жизнью (Fleming, MacGeWan, Costos, 1985).

Транссексуальную хирургию нельзя считать радикальным способом решения проблемы, однако в настоящее время это единственный способ, который приносит транссексуальным субъектам ощущение эмоционального благополучия. Целесообразность использования этого метода ставится под сомнение исследователями, которые не находят существенных

положительных психологических изменений у лиц, перенесших операцию, по сравнению с теми, у которых она не производилась (Meyer, Reter, 1979). В настоящее время этот вопрос нельзя считать окончательно решенным. Некоторые клиники прекратили проведение таких операций в связи с отсутствием убедительных доказательств их благотворных последствий, однако не менее 40 медицинских центров продолжают хирургическое лечение транссексуальных пациентов (Рашу, Edgerton, 1986).

Половые роли и половое поведение

Традиционные представления о половых ролях существенно влияют на сексуальные отношения между людьми и их половое поведение. Так, например, в Америке до сих пор бытует мнение, что в мужчинах заложен повышенный интерес к сексу и что им принадлежит наиболее активная роль в сексуальных отношениях, тогда как женщины обычно пассивны. Точно так же считается, что половое возбуждение у мужчин наступает быстро и почти автоматически, а для того чтобы вызвать половое возбуждение у женщин, как правило, слабое и нестойкое, нужны ласки и уговоры. Эти стереотипы сказываются и на характере поведения; мужчины стараются действовать таким образом, чтобы оправдать диктуемые стереотипом ожидания, а женщины соглашаются на роль второстепенных персонажей, мнения и желания которых не имеют большого значения.

Однако у некоторых народов сложилось совсем иное представление о половых ролях мужчины и женщины. Например, жители крошечного полинезийского острова Мангаиа считают сексуальное наслаждение привилегией каждого члена общества; половая близость, по их мнению, не требует длительного знакомства и тесных отношений. В результате на острове не найдется и одной девушки на сотню и еще меньше юношей, у которых до вступления в брак не было бы самых обширных половых связей (Marshall, 1971). Девочки с ранних лет приучаются испытывать и вызывать оргазм, и хотя первый опыт сексуального общения они чаще всего получают со своими сверстниками, постепенно более желанными становятся взрослые и более опытные партнеры, способные доставить большее удовольствие (Marshall, 1971). Услышав, что некоторые женщины в Европе и Америке не испытывают оргазм, местные жители с искренней озабоченностью интересуются, не может ли это плохо отразиться на здоровье замужней женщины (Marshall, 1971). На острове Мангаиа все женщины знают, как достигается оргазм.

Двойной стандарт

Мы уже упоминали о существующем в нашем обществе двойном стандарте в отношении полового поведения. Согласно традиционным взглядам, мужчины имеют право на сексуальный опыт до вступления в брак, тогда как женщины должны сохранять девственность до замужества. После заключения брака формально подразумевается взаимная "верность" супругов, однако в действительности за мужчинами по-прежнему признается право на внебрачные связи, тогда как от женщины ждут постоянства. В последнее время в этих представлениях наметился некоторый сдвиг. Многие подростки не считают необходимым и даже нежелательным сохранение женщиной девственности (Sorenson, 1973; Hass, 1979). Теперь многие полагают, что молодая женщина может иметь половую связь с тем, кого она любит, ну а молодым мужчинам по-прежнему предоставляется большая свобода сексуального экспериментирования.

Двойной стандарт, помимо всего прочего, предписывает мужчине роль опытного в сексуальном плане человека. В связи с этим ожидается, что он будет выступать инициатором сексуальных отношений, определять продолжительность и ход полового

акта, предпринимать действия, направленные на возбуждение партнерши и возникновение у нее оргазма. Хотя эта версия двойного стандарта (предполагающая, что мужчина проявляет сексуальную активность в интересах женщины) свидетельствует об известном прогрессе по сравнению с прежним убеждением, что "порядочная" женщина не может иметь сексуальных переживаний (согласно этому мнению, в сексе мужчина использует женщину для удовлетворения собственных потребностей), она вряд ли сильно способствует гибкости и взаимности отношений.

Двойной стандарт и его варианты порождают множество сексуальных проблем. Ощущение необходимости воспрепятствовать мужчине "делать все, что он хочет" и удерживать его действия в определенных рамках снижает для нее самой прелесть сексуального контакта. С другой стороны, мужчина иногда считает, что обязан проявлять свои мужские качества и вступает в сексуальные отношения, не будучи к этому особенно расположен или не чувствуя влечения к женщине.

Сейчас очевидно, что сексуальный двойной стандарт, подобно многим другим стереотипам половой роли, постепенно вытесняется концепцией равных возможностей и взаимодействия. В заключение данной главы мы рассмотрим перспективы дальнейшего развития событий в этом направлении.

Секс и равенство полов

Большинство мужчин и женщин в конце концов узнают, что нельзя получить удовольствия, к которому стремятся оба партнера, пока секс остается чем-то, что мужчина делает для себя или для женщины, а не становится совместной деятельностью, в которой они принимают равное участие.

Женщина, ценящая свою сексуальность, приходит в выводу, что при желании она может открыто и не стесняясь выражать свои переживания и чувство причастности к происходящему; восторг и наслаждение от испытываемого желания и сознания собственной желанности, от взаимных прикосновений и взглядов, своих слов и речей партнера, запахов и ощущений, звуков и тишины. Мужчина, увлеченный ею как партнером, получает радость, освободившись от сознания необходимости любой ценой приносить ей удовольствие и наслаждаясь изменениями ее настроений и желаний в ответ на свои собственные.

Взаимоотдача обоих партнеров основывается на восприятии друг друга как тонко чувствующих существ с уникальными потребностями и способностями. Оба могут отдаваться своим порывам, не опасаясь нарушить предписываемые половой ролью стереотипы мужской агрессивности и женской скромности. Эмоции нельзя делить на "мужские" и "женские". Каждый из партнеров должен считаться с сексуальными запросами другого. Если же их сексуальные потребности в чем-то не совпадают, можно найти решение, удовлетворяющее обоих партнеров.

Сексуальная эмансипация вырастает на почве самоуважения и личной свободы. Если вы ничего не представляете сами по себе, вы ничего не можете дать другому и ничего не получите взамен. Вы будете считать, что полезны в сексуальном плане, как полезна вещь, но не более. Чтобы партнерство было равным, мужчина и женщина должны обладать чувством собственного достоинства и гордиться своей половой ролью.

Наслаждение от полового общения наполовину зависит от того, как чувствуют и ведут себя партнеры. Если один никак не проявляет своих эмоций или в лучшем случае

демонстрирует пассивную готовность, то чувственный настрой другого постепенно становится слабее, затухает и, наконец, пропадает полностью. В то же время при активном участии обоих партнеров спонтанные чувства одного также спонтанно передаются другому, возбуждают его, усиливают чувственный тонус , побуждают вести себя, следуя только внутренним импульсам. Все что она делает ему, он возвращает ей, и все что он отдает ей, она возвращает ему.

Взаимоотношения партнеров при половом акте зачастую неправильно рисуют, используя образ качелей: когда один взлетает, другой падает вниз. То, что получает женщина, утрачивает мужчина и наоборот. Но сама природа половой близости опровергает эту аналогию. То, чего мужчина и женщина достигают сообща, является благом для каждого. Настоящее партнерство делает счастливыми обоих и каждого в отдельности.

ВЫВОДЫ

1. Понятия мужского и женского начала не поддаются краткому определению, но могут рассматриваться в контексте соответствия поведения и внешности человека традиционно сложившемуся представлению о мужчине и женщине. В противовес прежним взглядам, согласно которым мужественность и женственность взаимно исключают друг друга, сейчас считают, что мужские и женские черты у многих людей присутствуют одновременно в разных сочетаниях. Лица, у которых такое сочетание проявляется особенно сильно, называется андрогинными.

2. Существует множество примеров того, что бытующие в обществе стереотипы половой роли влияют на детей. Одежда, игрушки, книги, телевизионные передачи и школьные программы дают информацию о том, что приличествует тому и другому полу, и, следовательно, вносят важный вклад в становление половой роли ребенка.

3. К подростковому возрасту становится совершенно ясно, что мужчине предназначено "пробиваться", а женщине выходить замуж и растить детей. Многие женщины привыкают к мысли, что успех на ином поприще обесценивает чисто женские достоинства и отрицательно сказывается на отношении к ним окружающих. С другой стороны, мужчины как бы запрограммированы на стремление дополнить предписываемые им деловые качества сексуальным опытом.

4. Общепринятый взгляд на половые роли мужчины и женщины в зрелом возрасте влияет на брак и брачные отношения, профессиональную и политическую деятельность, способ проведения досуга. Половое поведение также в значительной степени определяется стереотипами половой роли, в том числе двойным стандартом и мнением о природной сексуальной опытности мужчины. Сравнение отличающихся по культурным традициям народов показывает, что многие свойственные нашей цивилизации различия между мужчиной и женщиной вытекают из стереотипных представлений о роли того и другого пола.

5. Изучение психологии половых различий свидетельствует о том, что мужчины и женщины во многих отношениях скорее сходны, чем различны.

6. Транссексуальные личности на протяжении всей жизни испытывают устойчивое ощущение "заключения в чужом теле". Причина транссексуальности неизвестна. В настоящее время среди сексологов не существует единого мнения относительно целесообразности хирургического изменения пола при этом расстройстве.

Вопросы для размышления

1. Чья половая роль легче: мужчины или женщины? Каковы относительные преимущества и неудобства каждой из них?

2. Как бы изменилось наше общество, если бы в один прекрасный день большинство людей стали андрогинными? Как бы изменились сексуальные отношения? Было бы это, по вашему мнению, благом для общества?

3. Стали бы мальчики играть в войну, если бы это не поощрялось обществом? Чем в первую очередь обусловлен выбор игрушек детьми разного пола: культурными традициями или биологическими факторами?

4. Можете ли вы представить себя транссексуалом? Как вы относитесь к мужчине или женщине с нормальной половой ориентацией, которые влюбляются в людей, перенесших операцию с целью изменения пола?

5. В какой период жизни, по вашему мнению, половая роль проявляется наиболее и наименее явно и бескомпромиссно?

6. Выше упоминалось исследование, согласно которому состояние здоровья женатых мужчин лучше, чем у холостяков, а замужних женщин хуже, чем у незамужних. Что подсказывает вам ваш собственный опыт в этом отношении? Если указанный вывод справедлив, согласны ли вы с приведенным объяснением этого феномена?

3 часть - Психология сексуальности.

12 глава - Любить и быть любимым.

Любить и быть любимым

Даже в классических "Основах психологии" Уильяма Джеймса "любви" уделено лишь две странички. Признавая наличие связи между любовью и "сексуальными импульсами", автор заметил, что "обсуждать эти детали несколько неудобно" (James, 1890, 1950). Английского писателя Д. Лоуренса эта тема смущала гораздо меньше. В своем романе "Любовник леди Чаттерлей" (Lawrence, 1962) он высказывает мнение, что в любви необходима полная свобода во всех ее аспектах; иллюстрацией может послужить отрывок из диалога между леди Чаттерлей и ее любовником Меллорсом:

"Во что же ты веришь на самом деле?" - настаивала она.

"Я не знаю".

"Ни во что, как и все остальные мужчины, которых я знала" - сказала она.

Они оба помолчали. Потом он очнулся и сказал: "Да, я верю во что-то. Я верю в сердечность, особенно в любви; в то, что заниматься любовью надо с теплым сердцем. Если бы мужчины входили в женщин сердечно и тепло, а женщины отдавались бы им тоже сердечно, все было бы хорошо. А эти холодные совокупления несут смерть и вырождение".

До самого недавнего времени тема любви больше занимала писателей, поэтов и философов, чем психологов и других ученых. Несмотря на то что "любовь правит миром", очень немногие сексологи (в том числе авторы этой книги) занимались этой темой сколько-нибудь подробно. Тем не менее все мы так или иначе испытали любовь. Многие из нас мечтали о ней, боролись с ней или блаженствовали в ее упоительных объятьях. Справедливо также сказать, что большинство из нас она приводила в смятение. В этой главе мы сосредоточим внимание на сложных связях между любовью, сексом и браком и попытаемся хотя бы частично устранить это смущение.

Что такое любовь

Попытка дать определение любви - задача трудная. Можно любить мужа или жену, любовника или любовницу, своих детей, родителей, братьев и сестер, животных, страну или Бога, а также радугу, шоколад или Бостонский симфонический оркестр. Во всех этих случаях для обозначения своих чувств мы пользуемся одним и тем же словом, однако всякий раз оно безусловно имеет разный смысл.

Когда мы говорим о любви одного человека к другому, проще всего воспользоваться определением, которое дал Роберт Хейнлейн в своей книге "Чужестранец в чужой стране": "Любовь - это такое состояние, при котором счастье другого человека совершенно необходимо для вашего собственного счастья" (Heinlein, 1961). То, что описал Шекспир в "Ромео и Джульетте", то, что воспевают популярные певцы, то, что заставило Эдуарда VIII отречься от английского престола, чтобы жениться на любимой женщине, - все это безусловно любовь.

Во всякой любви важное место занимает забота о любимом человеке. При отсутствии заботы то, что выглядит как любовь, может оказаться всего лишь одной из форм желания. Например, юноша может сказать своей подружке "Я люблю тебя" просто для того, чтобы она согласилась переспать с ним. В других случаях стремление к богатству, положению в обществе или к власти может заставить человека притворяться влюбленным для достижения своих целей.

И половое влечение, и любовь могут быть страстными и всепоглощающими, а потому отличить одно от другого может оказаться трудным. Ключевым признаком служит то, что лежит за чувством. В чистом нефальсифицированном половом влечении элементы заботы и уважения минимальны; они могут возникнуть позднее, но не составляют основное ядро чувства. Желание познать другого человека определяется лишь в физическом или чувственном, но не в интеллектуальном плане. Эта цель достигается легко. Хотя настоящая любовь может сопровождаться страстной жаждой полового единения, уважение к любимому человеку преобладает. Без уважения и заботы наше влечение к другому человеку может быть всего лишь имитацией любви. Уважение дает нам возможность ценить личность любимой(го) и ее(его) благополучие, препятствуя тем самым использованию их чувств в эгоистических целях.

На важность заботы и уважения указывает и Эрих Фромм, чей классический труд "Искусство любви" (Fromm, 1956) оказал влияние на все последующее изучение этого предмета. Фромм полагал, что любовь может быть осмысленной лишь у самореализовавшихся людей, находящихся в ладу с самими собой. Так, Фромм определяет зрелую любовь как "объединение при условии сохранения собственной личности, собственной индивидуальности, отмечая при этом парадоксальность любви, состоящую в том, "что два существа становятся одним, оставаясь, однако, двумя." Говоря об уважении, внутренне присущем любой любви, Фромм полагает, что влюбленный должен чувствовать: "Я желаю любимому человеку расти и добиваться собственных целей для того, чтобы он был счастлив, а не для того, чтобы угодить мне".

Настаивая на том, что люди должны состояться как личности, прежде чем они станут способны к осмысленной любви, Фромм упускает из виду, что сама любовь может быть одним из способов самореализации. Мы полагаем, что любовная связь помогает людям познать самих себя, хотя мы согласны также с Натаниелем Бранденом, считающим, что любовь не может заменить человеку собственное "я" (Branden, 1980).

Интересную мысль о том, что происходит, когда в любовных отношениях отсутствуют уважение и забота, высказали Пиль и Бродский (Peele, Brodsky, 1976). Они полагают, что потребность в такого рода отношениях сравнима с теми потребностями, которые могут привести человека к алкоголизму или наркомании. "Любовь" в таких ситуациях на самом деле аналогична зависимости:

Если один человек отправляется к другому с целью заполнить пустоту в самом себе, то любовные отношения быстро занимают центральное место в его жизни. Они приносят успокоение, а поэтому человек возвращается к ним вновь и вновь, пока эта связь не становится ему совершенно необходимой, чтобы забыться от полного стрессов безрадостного существования. Когда человек не может обойтись без какого-то определенного воздействия, делающего его жизнь сносной, это означает, что создалась зависимость (даже если внешние отношения выглядят весьма романтически). Любовь в этом случае становится манией.

Пиль и Бродский предлагают ряд критериев, позволяющих отличить любовь как здоровые взаимоотношения с перспективой дальнейшего развития от любви, как одной из форм зависимости:

Есть ли у каждого из любовников твердая уверенность в своей собственной ценности?

Оказывает ли на любовников благотворное влияние связь между ними? Становятся ли они и в отношениях с другими людьми лучше, сильнее, привлекательнее, совершеннее или чувствительнее? Дорожат ли они этой связью именно по этой причине?

Сохраняют ли любовники какие-либо важные для них близкие отношения с другими людьми?

Вписываются ли отношения между любовниками в их жизнь в целом или же они обособлены от нее?

Способны ли любовники преодолеть собственнические инстинкты или ревность к успехам партнера?

Связывает ли любовников не только любовь, но и дружба? Останутся ли они близкими людьми, если сексуальные отношения потеряют свою остроту?

Эти вопросы перечислены здесь вовсе не с целью утверждать, что существует только один верный путь к любви. Большинство людей вряд ли ответят на все шесть вопросов утвердительно; однако, поразмыслив, они, возможно, извлекут из этого что-то полезное для уже существующих или будущих отношений.

После того как Пиль и Бродский, сформулировав свою концепцию "любви как мании", дали определение этому бесспорно отрицательному типу любви, другие авторы расширили эту тему. В 1980-х гг. появилось даже несколько книг на тему сомнительных любовных связей, попавших в списки бестселлеров (например, Norwood, 1985; Cowan, Kinder, 1985). В результате такого смещения акцентов многие люди стали понимать, что не все любовные связи столь идеальны, как нам хотелось бы. На самом деле отношения могут быть корыстными, безрассудными или просто не давать удовлетворения (Peele, 1988).

Прежде чем перейти к обсуждению других теорий, касающихся любви, следует указать, что зачастую бывает трудно провести границу между расположенностью к человеку и любовью. Несмотря на попытки многих авторов измерить любовь (Rubin, 1970; Pam, Plutchik, Conte, 1975; Dion, Dion, 1976; Hatfield, Sprecher, 1986; Steinberg, Barnes, 1988), не все согласны считать любовь ясно выраженной отдельной сущностью. По мнению некоторых психологов, "единственное реальное отличие расположения от любви заключается в глубине наших чувств и вовлеченности в жизнь другого человека" (Walster, Walster, 1978). В отличие от этого мнения Бершайд (Berscheid, 1988) пишет: "Кажется совершенно ясным, что человек может нравиться все больше и больше, но это не приведет в конечном счете к романтической любви; все большая и большая симпатия может привести только к очень большой симпатии". После очень долгих размышлений на эту тему мы тоже пришли к выводу, что расположение и любовь, хотя и взаимосвязаны, но тем не менее это вещи разные.

Теории любви

Теория Стернберга

Психолог Роберт Стернберг разработал трехкомпонентную теорию любви (триаду), изобразив ее в виде треугольника (рис. 12.1). По этой теории любовь слагается из трех частей: близости, страсти и компонента, названного "решение/обязательство". Ниже вкратце разъясняется содержание этих компонентов (Sternberg, 1988, 1988а). (Прежде чем продолжить чтение этого раздела, неплохо заглянуть в вопросник, позволяющий вычислить ваши собственные оценки по всем трем компонентам треугольника.)

Близость слагается из оказания и получения эмоциональной поддержки друг другу, а также других видов поведения, создающих теплоту в любовных отношениях. К ним относятся откровенное и честное общение, способность делиться горем и радостью, счастье, испытываемое от общения друг с другом, и умение дорожить любимым человеком.



Рис. 12.1 Триада любви по Стернбергу

Компоненты любовных отношений распределены у вершин треугольника произвольно (Sternberg, 1988).

Страсть включает не только сексуальный компонент отношений. Она может быть вызвана и иными обстоятельствами. Например, для некоторых людей потребность в самоуважении, установление отношений с другими людьми, доминирование над другими людьми или, напротив, подчиненность могут быть более важным источником страсти, чем добрый старый секс. Один такой пример приводит Стернберг (1988а).

Дебби росла в неблагополучной семье, где было не с кем поговорить; ее родители постоянно ссорились и в конце концов развелись, когда она была еще подростком. Дебби казалось, что у нее никогда не было семьи, но встреча с Артуром осветила ее жизнь ярким пламенем. Он не был особенно изощренным любовником, но зато ввел ее в большую дружную семью, принявшую ее с распростертыми объятиями. Артур дал Дебби почувствовать себя кому-то нужной, чего она никогда не испытывала, но всегда жаждала, и это пробудило в ней страсть к нему.

Компонент решение/обязательство состоит из двух частей. Кратковременная часть - это решение о том, что некий человек любит другого человека, а долговременная - осознание того, в какой степени человек готов выполнять это обязательство, т.е. продолжать любить. Поразмыслив над этим, вы вскоре поймете, что мгновенно принятое решение любить кого-то не всегда подразумевает желание принять на себя долговременное обязательство, хотя безусловно в некоторых случаях людям удается образовать прочный союз.

Оценить степень вовлеченности каждого из партнеров в любовную связь можно на основании степени совмещения их треугольников (рис. 12.2). Если партнеры хорошо соответствуют друг другу, треугольники почти перекрываются. В неудачных связях, когда один из партнеров ожидает от другого гораздо большего, чем тот может ему дать, или когда интересы партнеров лежат в совершенно разных плоскостях, их треугольники совсем не совмещаются. Эти два измерения любви можно назвать интенсивностью и равновесием во взаимоотношениях.

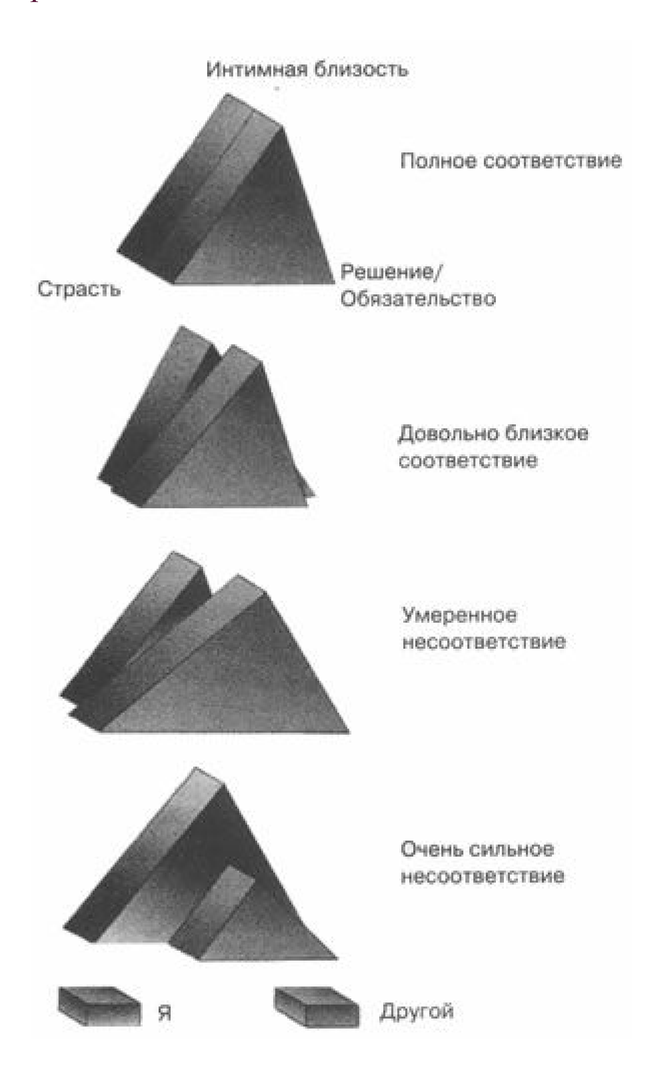


Рис. 12.2

Степень соответствия между триадами двух индивидуумов, находящихся в любовной связи (Sternberg, 1988)

По мнению Стернберга, удовлетворенность любовными отношениями определяется соответствием между реальными треугольниками двух партнеров и соответствием между реальным треугольником каждого из партнеров и ее или его идеальным треугольником. Например, при значительном несоответствии между идеальным треугольником человека и треугольником, действительно отражающим его реальные любовные отношения, он будет испытывать неудовлетворенность. Точно так же сильное несоответствие между треугольниками партнеров означает, что они "не совпадают по фазе" и что, по всей вероятности, каждому из них будет трудно удовлетворить потребности другого.

Триады Стернберга могут изменяться как с течением времени, так и в зависимости от поведения и чувств партнера(ши) (Sternberg, 1988a). Например, страстность любовных

отношений обычно быстро достигает пика, а затем, во время фазы привыкания, стабилизируется на несколько более низком уровне (рис. 12.3). По мере привыкания один партнер волнует другого уже не так сильно, как это было прежде. (Это сравнимо с привыканием, возникающим при регулярном потреблении многих веществ, таких как кофеин, алкоголь или никотин. Если произошло привыкание, то даже прием этих веществ в постоянно возрастающих дозах не вызывает такого удовлетворения, как вначале.) Было бы также ошибкой пренебрегать влиянием одного партнера на другого. Потребности каждого человека время от времени меняются, а поэтому для сохранения любви необходима гибкость и изобретательность, как отмечает Стернберг (1988):

Быть может, самая большая польза от этой теории состоит в том, что она может помочь людям понять почти неизбежную динамичность любовных отношений. "Они встретились, полюбили друг друга и с тех пор жили счастливо" - так случается не только в сказках. Парам, рассчитывающим на то, что их страстная любовь будет длиться вечно или же что близости между ними ничто не угрожает, уготовано разочарование. Наши взаимоотношения с любимым человеком можно сравнить с домом, который надо благоустраивать и за которым надо следить, чтобы он с течением времени не разрушился. Нам следует взять на себя ответственность за то, чтобы наши взаимоотношения оставались как можно лучше.



Рис. 12.3

Изменения страстности отношений в зависимости от продолжительности связи (Sternberg, 1988)

Теория Стернберга пока еще не проверена другими учеными. Некоторые критики считают ее слишком упрощенной, да к тому же не учитывающей воздействия третьих сторон на любовную связь двоих (Levinger, 1988; Williams, Barnes, 1988). Стентон Пиль (Peele, 1988), которому принадлежит упоминавшаяся выше концепция "любви, как мании", отмечает:

При оценке любовных отношений данной пары в более широком контексте ее психологического функционирования и в связи с ее окружением часто получается картина, отличающаяся от картины идиллической любви. Особенно недостает в этой как бы социально-психологической перспективе именно ощущения контекста; исследования, делающие упор на интенсивность переживаний любовников и их взаимоотношения, создают иллюзию, что любовь можно выделить из всей остальной жизни этих людей.

ТРИАДА ЛЮБВИ ПО СТЕРНБЕРГУ (Sternberg, 1988)

Свободные места оставлены для имени человека, с которым вас связывают любовные отношения. Оцените каждое утверждение по шкале от 1 до 9, где 1 означает "совсем нет", 5 - "умеренно", а 9 - "очень сильно". Остальные баллы можно использовать для промежуточных оценок.

1. Я желаю _______ всяческого благополучия.

2. У меня теплые отношения с _______.

3. Я всегда могу рассчитывать на поддержку

4. ______всегда может рассчитывать на мою поддержку.

5. Я готов(а) многим пожертвовать для ____.

6. Я получаю значительную эмоциональную поддержку от _______.

7. Я оказываю значительную эмоциональную поддержку _______.

8. Я хорошо лажу с _______.

9. Я очень ценю роль ______ в моей жизни.

10. Я ощущаю свою близость к _______.

11. Мои отношения с _____ вполне меня устраивают.

12. Я чувствую, что действительно понимаю

13. Я чувствую, что ______ действительно понимает меня.

14. Я чувствую, что действительно могу доверять _____.

15. Я делюсь с ____ своими глубоко личными переживаниями.

16. Мне достаточно увидеть ______, чтобы прийти в возбуждение.

17. Я очень часто думаю о______ .

18. Мои отношения с ______ очень романтичны.

19. Я нахожу ______ очень привлекательным.

20. Я идеализирую _______.

21. Я не могу себе представить, чтобы кто-то другой сделал меня такой(им) счастливой(ым) как _______.

22. Я хочу быть с______ и ни с кем другим.

23. Для меня нет ничего важнее моих отношений с ____.

24. Мне особенно приятен физический контакт с _____.

25. В моих отношениях с _______ есть что-то волшебное.

26. Я обожаю ________.

27. Я не могу представить себе жизнь без___

28. Наши отношения с_______ можно назвать страстью.

29. Когда я смотрю фильмы или читаю книги о любви, я думаю о ____.

30. У меня часто возникают сексуальные фантазии, связанные с ______.

31. Я знаю, что я люблю ______.

32. Я твердо решил (а) поддерживать отношения с ______.

33. Я люблю _______ и никому не позволю встать между нами.

34. Я уверен(а) в постоянстве моих отношений с ________.

35. Я не могу себе представить, что может помешать сохранению моей преданности

36. Я надеюсь сохранить любовь к__________ до конца моих дней.

37. Я всегда буду ощущать глубокую ответственность за ________.

38. Я считаю свою преданность_______ очень сильной.

39. Я не могу представить себе, что мои отношения с _______могут окончиться.

40. Я уверен(а) в своей любви к ________.

41. Я считаю свою связь с____ постоянной.

42. Я считаю свои отношения с_______ хорошим решением.

43.Я испытываю чувство ответственности за ________.

44. Я намереваюсь продолжить свою связь с __________.

45. Даже когда я ссорюсь с _______, у меня не возникает желания нарушить верность.

Пункты 1-15 оценивают вашу близость, 16-30 - страсть, а 31-45 - служат для оценки третьего компонента триады. Сложите баллы по каждому разделу и разделите сумму на 15. (При проведении опросов пункты предлагаются вразнобой, а не по группам.)

Любовь как привязанность

В одной необычной теории любовные отношения рассматриваются как аналог привязанности, существующей между матерью и ребенком (Shaver, Hazan, Bradshaw, 1984, 1988). В обоих случаях отношения основаны на доверии, чувстве защищенности; и там и здесь присутствует страх оказаться отвергнутым, боязнь разлуки, а также невербальная коммуникация.

Согласно Шаверу, Хейзену и Брэдшоу, взрослый человек строит свои отношения с другими людьми (в том числе и любовные) по образу и подобию своих отношений с матерью в раннем детстве. Однако не во всех случаях отношения между матерью и младенцем бывают безупречными. Если мать не спешит реагировать на плач ребенка или если она постоянно препятствует его спонтанной активности, ребенок нередко становится беспокойным (Ainsworth et al., 1978). А если мать игнорирует его попытки к физическим контактам, когда он старается прикоснуться к ней или просится на руки, то ребенок может научиться избегать ее.

Шавер, Хейзен и Брэдшоу используют в точности те же самые категории для описания отношений между взрослыми людьми. Они различают спокойную любовь уверенных в себе людей, которых не тревожит возможность оказаться брошенными; беспокойную любовь недоверчивых, не желающих подпустить к себе слишком близко людей, и, наконец, такую, которую можно охарактеризовать как нервозную/амбивалентную. Замкнутым, недоверчивым людям неприятна слишком большая близость с кем-либо и им трудно полностью открыться партнеру. В отличие от этого нервозные любовники не уверены в прочности отношений. Их все время тревожит мысль, что партнеры на самом деле их не любят или не хотят оставаться с ними; любовь таких людей часто становитсяй назойливой и невыносимой.

Шавер, Кейзен и Брэдшоу (1988) проанализировали 620 ответов на анкету, опубликованную в одной из газет Денвера. Оказалось, что больше половины любовных связей между взрослыми людьми можно отнести к разряду спокойных (рис. 12.4), четвертую часть - к беспокойным, а 19% - к нервозным/амбивалентным. Сходные результаты были получены в таком же обследовании, проведенном позднее в одном университете; это очень интересно, так как полученные данные хорошо соответствуют результатам одного исследования привязанности между матерью и ребенком (Ainsworth et al., 1978). Кроме того, ни в одной из этих работ не было обнаружено различий, связанных с полом.



Рис. 12.4

Частота разных типов любовных отношений между взрослыми людьми (Shaver, Hazan, Bradshaw, 1988)

Некоторые психологи полагают, что теория любви как привязанности представляет собой интересную новую концепцию (например, Steinberg, 1988a). Илейн Хетфилд (Hatfield, 1988) даже отметила наличие у некоторых низших приматов проявления такой же привязанности, что указывает на эволюционный аспект данной теории. Однако данная концепция имеет и ярых противников. Критике прежде всего подвергается утверждение, что характер любовных отношений в значительной мере предопределяется событиями, происходившими с людьми в раннем детстве. Таким образом данная теория отвергает опыт, накапливаемый человеком в юношестве и зрелом возрасте (Peele, 1988). В некотором смысле, если теория привязанности справедлива, мы в большей или меньшей степени обречены (или, по крайней мере, детерминированы) на некий определенный стиль в любви еще до того, как вышли из пеленок; при этом идея о свободе выбора оказывается выброшенной за борт. (Заметим, что многим психоаналитикам такое детерминистское представление весьма по вкусу; оно прекрасно согласуется с их взглядами на причинность поведения.)

Теорию привязанности критикуют также за то, что она не объясняет различий в любовных отношениях у разных народов, хотя всем известно, что в Индии, Японии или на островах Фиджи представления о любви совсем не такие, как в США и Европе. Тем не менее, несмотря на такую критику, теория привязанности дает повод для проведения проспективных исследований. Вероятно, для должной оценки этой концепции необходимо проанализировать отношения между матерью и ребенком на большом числе пар, а затем, когда эти младенцы станут взрослыми, изучить характер их любовных отношений.

Романтическая любовь



"Да! Ставь меня на пьедестал".

Возвышенная любовь, воспеваемая в стихах и прозе, это всегда любовь романтическая, с вихрем эмоций - от страсти к ревности и страданиям. При романтической любви, в отличие от любви любого другого типа, мы почти полностью погружаемся в другого человека (Pope, 1980). Когда Чосер писал, что "любовь слепа", он признавал, что сила романтической любви губит нашу объективность. В страстном стремлении к предмету нашей любви мы можем не увидеть недостатки, усилить достоинства и утратить всякое чувство меры.

В романтической любви много загадок и парадоксов. Мы обсудим вначале некоторые теории психологов, объясняющие ее природу, а затем представим концептуальную модель цикла романтической любви.

Психологические аспекты

Отсутствие обоснованной теории романтической любви, признаваемой всеми психологами, не должно вызывать удивления. По мнению Брандена (Branden, 1980), романтическая любовь - это "страстная духовно-эмоционально-сексуальная привязанность, возникающая между мужчиной и женщиной и отражающая их высокую взаимную оценку". Однако если допустить, что романтическая любовь возможна не только при гетеросексуальных связях, это определение следует признать слишком ограниченным. Многие определения романтической любви не содержат обязательного сексуального компонента, о чем свидетельствует следующий пример:

Поглощенность другим человеком. Очень сильное желание быть с любимым(ой). Ощущение пустоты без него (или нее). Частые мысли о любимом человеке, независимо от его присутствия или отсутствия. Разлука часто вызывает ощущение настоящего отчаяния или же мучительное ожидание воссоединения. Воссоединение воспринимается как источник эйфорического экстаза или успокоения и удовлетворенности (Pope, 1980).

Психолог Дороти Теннов (Tennov, 1979) для обозначения особенно сильной романтической любви предложила термин "лимерентность". Для этого состояния характерны поглощенность мыслями о любимом человеке и полная уверенность в том, что только он один может сделать тебя счастливой(ым). Настроение лимерентно влюбленного почти всецело зависит от действий предмета его любви; каждому жесту или слову последнего придается чрезвычайное значение в надежде уловить его одобрение и опасаясь оказаться отвергнутым.

Лимерентность, подобно другим формам романтической любви, это одновременно и беда, и радость, потому что она почти полностью выводит влюбленного из-под контроля. Изнуряющие эмоциональные взлеты и падения при лимерентности могут нарушить взаимоотношения с другими людьми, понизить работоспособность или помешать учебе, лишить душевного покоя. Согласно Теннов, многие люди никогда не испытывали лимерентности (хотя они, возможно, испытывали любовь), тогда как в жизни других было по нескольку лимерентных эпизодов.

Цикл романтической любви

Романтической любви посвящено сравнительно немного исследований, однако мы постарались суммировать здесь современные данные (добавив к ним результаты наших собственных наблюдений) и описать "цикл романтической любви". Мы не утверждаем, что схема, представленная на рис. 12.5, соблюдается во всех случаях, однако полагаем, что данная схема может помочь как-то упорядочить наши представления о романтической любви.

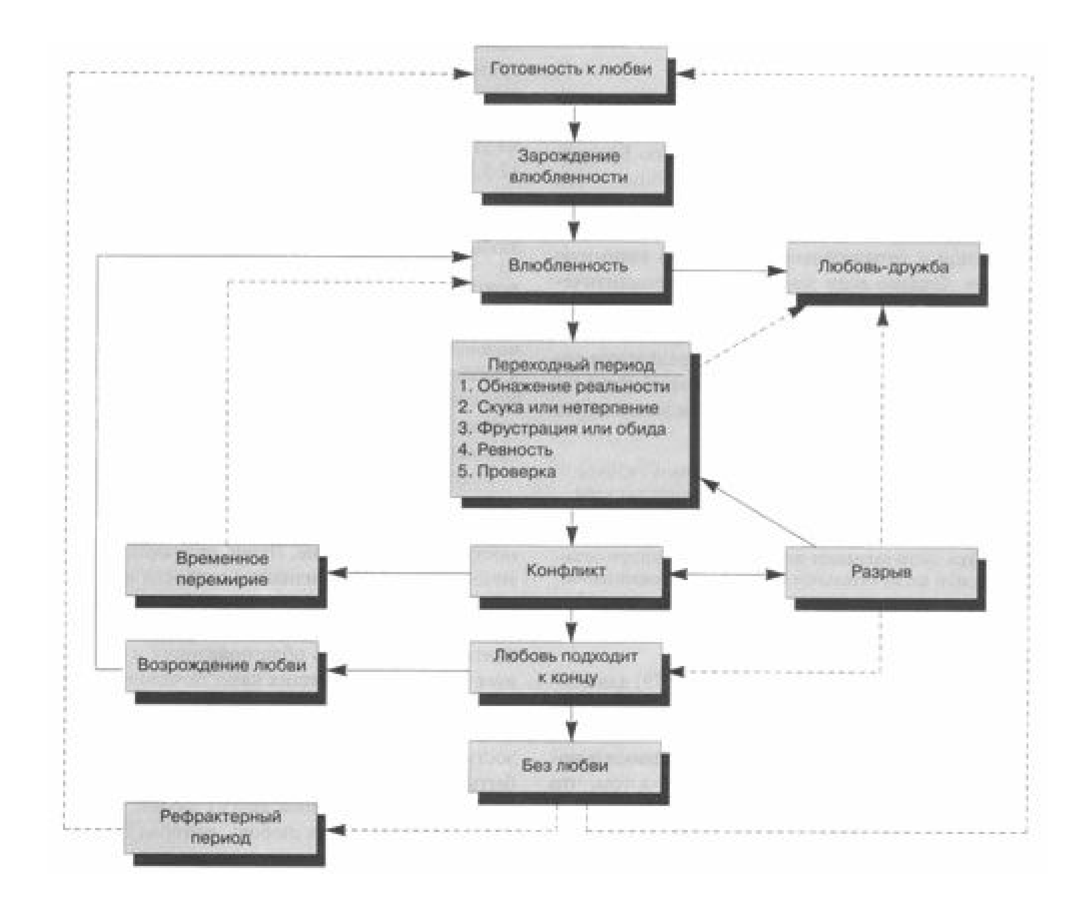


Рис. 12.5

Цикл романтической любви

Готовность к любви

Хотя никаких доказательств, удостоверяющих, что человек может находиться в состоянии готовности к любви, не существует, мы полагаем, что подобное состояние возникает. Оно не всегда приводит к тому, что человек влюбляется, но, по-видимому, повышает вероятность такого события.

Готовность к любви слагается из нескольких элементов. Во-первых, любовь воспринимается как нечто желанное, как награда, а не неприятность или осложнение. Люди, считающие романтическую любовь признаком слабости или опасающиеся, что она может повредить их карьере, вряд ли позволят себе влюбиться. Однако те, кто считают, что любовь облагораживает и способствует проявлению лучших качеств человека, могут активно искать подходящий объект любви. Во-вторых, человеку свойственно стремиться к близости с другим человеком. Это стремление может быть мотивировано одиночеством, завистью к любовным отношениям других людей или желанием вновь испытать любовь, которая была утрачена. В-третьих, возникновению готовности к любви часто способствует сексуальная фрустрация (Waltzer, Waltzer, 1978). Случайный секс, несмотря на его доступность, не дает полного удовлетворения. Наконец, готовность к любви отражает надежду любого человека встретить ответную любовь. Однако чем человек старше, тем меньше он может рассчитывать на ответные чувства (Tennov, 1979).

Некоторые люди постоянно находятся в состоянии готовности к любви, но им никогда не удается продвинуться дальше этого. В конце концов, пойдя на уступки, они могут вступить в отношения, которые нельзя на самом деле назвать романтической любовью,

однако их мысленные поиски, по-видимому, не прекращаются. Другие никогда не испытывают готовности к любви или это состояние у них быстро проходит. Пытаясь оценить готовность к любви, следует помнить, что никто никогда не измерял ее и что нередко люди, считающие, что они готовы влюбиться, не соответствуют данному здесь описанию. Как уже говорилось, любовь неразумна и не вполне предсказуема.

Зарождение влюбленности

Как и всякий, кто никогда не любил, он воображал, что человек выбирает того, кого любит за те или иные качества после бесконечных раздумий (Марсель Пруст "Города на равнине".)



Вопрос о том, что именно возбуждает любовь, все еще остается загадкой. Однако сама романтическая любовь начинается со стадии зарождения влюбленности, которая варьирует от внезапной "любви с первого взгляда" до постепенного процесса, развивающегося месяцами или годами.

Внезапная вспышка любви вряд ли возможна, если человек не находится в состоянии готовности к любви. В реальной жизни любовь с первого взгляда не правило, а исключение, и человек влюбляется постепенно, причем процесс этот начинается по-разному. Встречи и свидания дают возможность выяснить, действительно ли между двумя людьми существует взаимная симпатия и насколько они совместимы психологически. Физическая близость позволяет прийти к каким-то предварительным заключениям о сексуальной желанности данного человека. Иногда любовь вырастает из дружбы, хотя порой бывает трудно точно определить, когда это произошло. В атмосфере доверия, создающейся между друзьями, страсть может показаться неуместной, так что любовь, если она возникает в этом случае, чаще протекает спокойно, без бурных эмоций.

В основе всякой любви - стремление как можно ближе узнать человека и сексуальное желание (Waltzer, Waltzer, 1978; Berscheid, 1988; Sternberg, 1988).

Влюбленность

Состояние влюбленности может возникнуть независимо от того, отвечает ли ее объект взаимностью или нет. В отсутствие признаков ответной любви вероятность сохранения влюбленности быстро слабеет. Однако человек, достигший этой стадии романтической любви, обычно изобретателен, полон надежд и готов довольствоваться даже самыми незначительными признаками взаимности.

На этой стадии влюбленный может оказаться в когтях лимерентности или оставаться спокойным, довольным собой, чувствуя себя в безопасности и сохраняя объективность. Сексуальное влечение почти по всех случаях сильно выражено, хотя оно не всегда переходит в действие из-за застенчивости или существования моральных барьеров (Tennov, 1979). Какую бы формулу ни принимала влюбленность, это обычно преходящая стадия, продолжающаяся в среднем один-два года (Hill, Rubin, Peplau, 1976; Tennov, 1979). В большинстве случаев романтическая любовь либо переходит в другое качество, так называемую любовь-дружбу, либо постепенно сходит на нет в результате ссор, скуки или утраты интереса.

Переходная стадия

Переходная стадия романтической любви играет решающую роль. В этот период первоначальное возбуждение, вызываемое сближением с партнером, и страстность новых сексуальных отношений постепенно слабеют или вовсе исчезают. Влюбленные начинают обнаруживать друг у друга недостатки, которых прежде не замечали или которыми пренебрегали, в их отношения закрадываются скука и раздражение. Фрустрация возникает в тех случаях, когда любовь не дотягивает до наших фантазий, когда мы начинаем понимать, что не все наши проблемы "излечиваются", или обнаруживаем, что состояние экстаза не может продолжаться бесконечно.

Как правило, на этой переходной стадии любовники начинают различными способами испытывать свою любовь на прочность. Как правило, они пытаются друг друга перевоспитывать и бороться за лидерство в их отношениях. Если при этом еще появляется ревность - конфликт почти неизбежен (Coleman, 1977). В процессе всей этой борьбы и конфликтов решается самый важный вопрос: "Хочу ли я оставаться с этим человеком или мне следует уйти сейчас, пока я могу?"

Переходная стадия любви - это пора проверки реального положения вещей. В некотором смысле любовь спускается с облаков на землю. Возникающие конфликты могут привести к распаду отношений или временному примирению, Примирение в свою очередь либо отбрасывает любовь назад, в "переходную стадию" (с высокой вероятностью возникновения дальнейших конфликтов), либо переводит ее в новое качество - любовь-дружбу.

Вместе с тем при наличии у обоих любовников твердого желания сохранить отношения, любые конфликты могут быть разрешены, и тогда любовь становится прочнее, укрепившись благодаря пережитым испытаниям.

Любовь подходит к концу

Когда люди влюбляются, они испытывают счастье от ощущения близости с другим человеком, от того, что каждый день они открывают что-то новое и в самих себе и в тех, кого они любят. Но когда любовь проходит, все это перестает доставлять такую радость, чувство уходит на второй план, и в конце концов о нем начинают вспоминать как о чем-то уже пережитом. Взаимоотношения могут стать напряженными, потому что партнеры уже не настроены "на одну волну"; возникающие неприятности кажутся теперь не заслуживающими усилий по их преодолению.

Любовная связь распадается по-разному, но в большинстве случаев это протекает болезненно. Всего около 15% связей прекращаются по взаимному согласию (Hill, Rubin,

Peplau, 1976). Во многих случаях один из партнеров уходит, когда другой все еще "влюблен", т.е. стадия приближения к концу наступает у двух любовников неодновременно. Горе, которое может испытывать брошенный партнер, иногда вполне сравнимо с чувством человека, переживающего смерть супруга или кого-то из близких. Период рыданий и шока сменяется постоянными мучительными воспоминаниями; быстро вернуться к нормальной жизни удается в этом случае далеко не всем. Многие впадают в ярость, стремятся отомстить или решают избегать любовных отношений в будущем.

Любовь окончилась

Оказавшись в одиночестве, люди, как правило, довольно скоро становятся готовыми к новой любви. Однако бывает и так, что в результате пережитых страданий наступает своего рода "рефрактерный период", когда влюбиться вновь просто невозможно.

Любовь-дружба



"Когда я влюбилась в тебя, мне стало казаться, что твои глаза совсем не косят. А теперь они вроде опять косят".

Лишь в редких случаях страсть и волнения романтической любви длятся долго. Обычно на смену этим чувствам приходит то, что называют любовью-дружбой. Такая любовь основана на общих интересах, привязанности, доверии, заботах друг о друге и духовном единстве, а не на страсти.

Любовь-дружба это отнюдь не серый унылый заменитель романтической любви, хотя она может выродиться в нечто будничное и монотонное, если партнеры ее не будут прикладывать усилий для сохранения чувства. Но при постоянном внимании и уважении друг к другу даже сексуальные отношения будут доставлять все больше радости.

Любовь-дружба наиболее характерна для супружеских и других длительных и надежных связей. Она менее требовательна и не так поглощает человека, как романтическая любовь; она дает возможность двум людям без помех продолжать свою жизнь - работать, воспитывать детей, иметь разного рода увлечения, отдыхать с друзьями. Это - прочная любовь, основанная на реальных ценностях, в отличие от романтической любви, слишком часто строящейся лишь на идеалах и фантазиях.

Биологическая сторона любви

До сих пор мы обсуждали любовь так, как если бы она существовала только в нашем воображении. Однако это чувство имеет и вполне реальную биологическую основу. Об этом свидетельствуют две группы данных.

Прежде всего любовь непосредственно связана с репродукцией. Сотни веков назад, в первобытные времена успешность репродукции определялась двумя факторами: 1) генетическим разнообразием, которое должно обеспечивать здоровье потомков; 2) присутствием рядом с женщиной в период беременности и после рождения ребенка ее сексуального партнера, который обеспечивал защиту, снабжение пищей и помощь в уходе за младенцем. Любовь создавала более прочные узы между родителями, чем одно лишь сексуальное влечение (E.O. Wilson, 1978; Rizley, 1980). Кроме того, любовь сближает людей разных рас и народов, а браки между ними способствуют повышению генетического разнообразия и выживаемости вида (Buss, 1988).

Ряд данных, касающихся непосредственно секса, также проливают свет на биологическую сторону любви. В 1961 г. психолог Стенли Шехтер (Schachter) сформулировал теорию, согласно которой любые человеческие эмоции сопровождаются определенным набором физиологических реакций (сердцебиением, затруденным дыханием и т.д.). Разграничение любви, ненависти, гнева, ревности и других эмоций основано не столько на самих физиологических реакциях (они могут быть одинаковыми), сколько на нашей интерпретации этих реакций и на том, как мы их называем. В понимании Шехтера любовь - это всего лишь физиологическое возбуждение, интерпретируемое определенным образом. Однако, как показали более поздние исследования, теория Шехтера верна лишь частично. В настоящее время большинство ученых склоняется к тому, что реакции автономной нервной системы на эмоции разного типа обладают какими-то специфическими отличиями (Ekman, Levenson, Friesen, 1983); поэтому возможно, что чувство, которое мы называем любовью, сопровождается своим особым набором физиологических реакций.

Одно правдоподобное объяснение выдвинул психиатр д-р Майкл Лейбовиц (Leibowitz). Он считает, что волнение и возбуждение представляет собой прямой результат колебаний уровней двух нейромедиаторов, дофамина и норадреналина, в ЦНС. В своей книге "Химия любви" Лейбовиц (Liebowitz, 1983) утверждает, что синтез этих медиаторов активизируется зрительными образами (например, видом кого-то, удовлетворяющего нашему идеалу привлекательности); в результате центр удовольствия в головном мозгу "захлестывается" потоком химических посланий. Он полагает также, что необычайно сильная любовь может быть связана с другим нейромедиатором - серотонином, способным оказывать почти психоделическое воздействие, тогда как любовь-дружба главным образом ассоциируется с выделяемыми головным мозгом эндорфинами - веществами, обладающими морфиноподобным действием и создающими чувство покоя и радости. Кроме того, по мнению Лейбовица, эмоциональный крах, вызываемый крушением страстной любовной связи, может оказаться аналогичным ломке, испытываемой наркоманом, которого лишили наркотика: в обоих случаях после утраты химического источника наслаждения начинается период эмоциональных и физических страданий.

Любовь и секс

В американском обществе связь между любовью и сексом достаточно сложна. В прежнее время девушкам внушали, что секс недопустим без любви. Постепенно, в 1960-1970-е годы, добрачный секс стал допустимым для девушек, поначалу - если у нее был жених, а затем - если это была "серьезная связь", обычно определявшаяся любовью. В наши дни

для массы людей ограничения ослабели еще больше, однако многие девушки все же требуют признания в любви, прежде чем решаются "дойти до конца".

Секс без любви

Хотелось бы назвать секс между людьми, не влюбленными друг в друга, случайным сексом в отличие от секса при наличии любовных отношений. Однако между людьми, не любящими друг друга, может существовать прочная связь, тогда как влюбленные иногда предаются случайному сексу, не придавая значения ни самому половому акту, ни сопровождающей его межличностной коммуникации. Секс может быть механическим, бесстрастным или поспешным независимо от того, любят два человека друг друга или нет.

В бесстрастном сексе в принципе нет ничего дурного, если оба партнера сознательно идут на это, но есть люди, которых сама мысль о таком "механическом" половом акте оскорбляет, они никогда не решатся на секс с незнакомцем или проституткой.

Бывает так, что люди вступают в половую связь в надежде, что она перерастет в любовь. Однако нет никаких гарантий, что это произойдет, а поэтому в тех случаях, когда люди идут на такие отношения только по названной причине, они могут почувствовать себя разочарованными и обманутыми.

Вероятно, легче тем, кто решается на случайную связь только для того, чтобы испытать, что такое секс без любви; при таком отношении разочарование менее вероятно.

Моралисты были бы счастливы, если бы можно было доказать, что секс без любви обязательно неполноценен. Однако нет никаких данных о том, что секс всегда бывает лучше при взаимной любви. Перед нами прошли сотни любящих, преданных друг другу пар, сексуальные отношения которых совершенно не ладились, и сотни людей, наслаждавшихся сексом без всякой любви.

Следует коснуться еще одного аспекта этой проблемы. Любовные отношения, если только они не на грани распада, в известной степени позволяют верить, что человека не используют в сексуальном плане. Как уже говорилось, любовь обычно бывает связана с заботой и уважением. При сексуальных отношениях без любви вероятность того, что ваш партнер будет пытаться просто использовать вас, мало заботясь о ваших чувствах, гораздо выше. Если нет любви, оценить надежность партнера гораздо труднее, так что придется действовать "на свой страх и риск" (рис. 12.6).

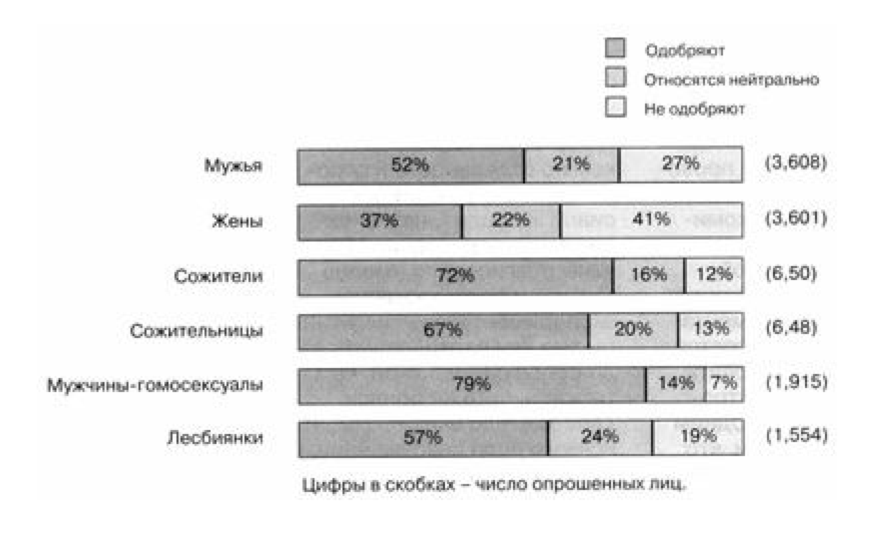


РИС. 12.6

Отношение к сексу без любви (Blumstein, Schwartz, 1983)

Цифры в скобках - число опрошенных лиц.

По данным обследования, проведенного недавно среди взрослых американцев. Обратите внимание, что среди замужних женщин меньше всего лиц, одобряющих секс без любви

Любовь без секса

В ряде случаев любовь никак не связана с сексом. Очевидными примерами служат любовь родителей к детям, любовь между братьями и сестрами и так называемая платоническая любовь. Существуют также формы романтической любви, в которых сексуальная компонента отсутствует. При любви без секса в самом чистом виде оба партнера решают воздерживаться от физической близости. Причиной такого решения могут быть религиозные убеждения, отсутствие интереса к сексу или желание подождать до свадьбы. В приводимом ниже высказывании 25-летнего мужчины указан еще один мотив воздержания от секса:

Мы с подружкой поначалу так увлеклись сексом, что ни на что другое времени не оставалось. После того как мы решили сделать паузу, у нас появилось больше времени для общения и для того, чтобы выражать любовь друг к другу иными способами, имеющими для нас не меньшее значение. (Из картотеки авторов)

Существуют также обстоятельства, которые делают сексуальные отношения невозможными или ограничивают их, например болезнь или разлука. Если решение отказаться от секса принимает один из партнеров, другой может оказаться в очень неприятном положении.

Личностные ценности и решения в сексуальной сфере

Многие люди задумываются над тем, что "хорошо" и что "плохо" в сексуальной сфере. Подростки пытаются оценить справедливость доводов, приводимых за и против добрачного секса. Более взрослых беспокоит вопрос о моральности и допустимости внебрачного секса. А когда в решение этих проблем вмешивается любовь, все запутывается еще больше. Если вы испытываете сексуальное влечение к кому-то, помимо вашего возлюбленного, означает ли это, что любовь умирает? Может ли сексуальная измена ослабить любовь или доверие? Должно ли наличие или отсутствие любви быть главным фактором, определяющим наши решения в области секса?

Простой формулы для ответа на подобные вопросы не существует. Каждый человек принимает решения в сексуальной области, исходя из своих личных убеждений и опыта. Иногда любовь увядает и умирает, если секс находится "под запретом".

В других случаях преждевременный "прыжок в постель" может поставить под угрозу самый фундамент любви. Для одного человека воздержание от добрачного секса определяется глубокими моральными принципами, и пренебрежение этими принципами может привести к негативным последствиям. Другим это воздержание совсем не на пользу, поскольку не позволяет выявить сексуальную несовместимость с будущим супругом, что создает трудную проблему в браке.

Всю важность принятия решений в сексуальной сфере легче оценить, имея представление о некоторых источниках возможных конфликтов. Прежде всего заметим, что наше общество склоняет нас к соблюдению определенного стандарта в сексуальном поведении. На некоторых из нас существенное влияние оказывают религиозные убеждения. Однако при принятии каждого конкретного решения в этой сфере мы, кроме того, пытаемся совместить несовместимое: желание быть кому-то необходимым и в то же время свободным, стремление не открываться до конца и иметь душевную близость, стремление к новым сексуальным ощущениям и желание хранить верность (Meyners, Wooster, 1979). Принимаемые человеком решения в этой области человеческих отношений определяются тем, что он считает для себя наиболее важным.

К сожалению, наши решения в сексуальной сфере бывают нередко основаны на чувстве вины, на невежестве или импульсе. В этом случае мы можем оказаться перед необходимостью их впоследствии пересматривать. Поскольку нам предстоит жить с нашими решениями, следует хорошо думать, когда их принимаешь, а не пускать все "на самотек".

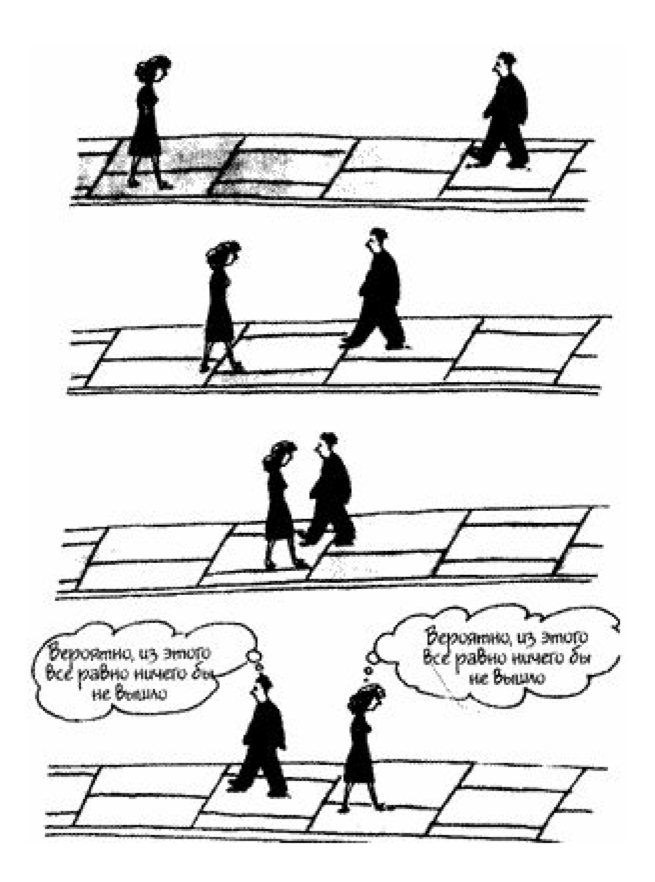
Любовь и брак

Обсуждать любовь, не коснувшись брака, это все равно, что говорить о предпринимательстве, не упоминая о деньгах. Любовь и брак, конечно, не синонимы, но связанные понятия.

Хотя брак в отличие от любви можно определить в юридических терминах, его психосоциальные аспекты самым тесным образом связаны с любовью. Мы не считаем брак "наилучшим" выбором или идеальным решением жизненных проблем для любого человека. Мы признаем, что некоторые пары, живущие вместе без заключения брака, обвенчаны в более глубоком смысле и гораздо более преданы друг другу, чем многие пары, официально оформившие свои отношения. Однако мы согласны со следующим взглядом:

Несмотря на тысячи книг, воспевающих свободу отдельной личности, несмотря на все рассуждения психологов о самодостаточности и самореализации каждого человека, люди стремятся к браку, поскольку именно брак - союз двух людей, старающихся любить и поддерживать друг друга, дает им счастье и чувство защищенности (O'Neil, 1978).

Выбор супруга



Наша культура отличается тем, что она придает большое значение любви до брака (I.L. Reiss, 1980). В отличие от стран, где браки устраивают родители, где ухаживание происходит под строгим контролем принятого этикета, нас заставили поверить, что "любовь все побеждает" и мы живем в соответствии с этим убеждением. В Индии, Китае, Японии, в некоторых частях Африки и в арабских странах жен и мужей своим детям выбирают родители. Во многом такие браки способствуют социальной и экономической стабильности и создают спокойную обстановку в семейной жизни. В "организованном" браке не предполагается, что супруги (которых могли "пообещать" друг другу еще в детстве) начнут свою жизнь с любви. Считается, что преданность и ответственность с течением времени будут возрастать и приведут (или не приведут) к любви.

Как это не парадоксально, но в США, где люди выбирают себе спутника жизни абсолютно свободно, руководствуясь только собственными чувствами, необычайно высок процент разводов. Это должно заставить нас задуматься над проблемами воспитания детей; ведь мы должны суметь распознать любовь, выбрать себе супруга и прожить с ним до тех пор, "пока смерть не разлучит нас". Однако оказывается, что большинство из нас лучше обучены водить машину, чем любить.

Когда человек влюблен, брак представляется ему как бесконечный роман. Однако иррациональность романтической любви часто приводит к тому, что мы не замечаем потенциальные проблемы и не думаем о том, что может произойти, когда (или если) страсть угаснет.

Это не означает, что к выбору супруга следует подходить с расчетливых научных позиций. Несмотря на успехи некоторых компьютерных фирм, рекламирующих свое умение подбирать "идеальных" партнеров, никому еще не удавалось создать безупречный метод, гарантирующий счастливый брак. Подобно многому другому в жизни, выбор партнера в значительной мере зависит от здравого смысла в сочетании с некоторой долей удачи.

Здравый смысл помогает понять, что мужчины и женщины по-настоящему счастливы, когда их союз основан на равноправии. Люди чувствуют себя особенно хорошо, если они получают от своих отношений то, чего, по их мнению, они заслуживают: слишком много или слишком мало (несправедливость) ведет к дискомформу и неудовлетворенности (Murstein, 1976; Walster, Walster, Berscheid, 1978). Исследования показывают, что мужчины и женщины обычно вступают в брак с людьми, сходными с ними по физической привлекательности, интеллектуальному уровню и другим качествам (Walster, Walster, 1978). Брак с человеком, заметно отличающимся от вас по социально-экономическому статусу, образованию или культуре, имеет больше шансов оказаться несчастливым, чем брак с человеком вашего круга, однако здесь в игру вступает интуиция. Статистика отнюдь не непогрешима и иногда лучше следовать зову сердца, чем действовать по уму, ведь люди с течением времени меняются.

Один из способов определить перспективы брака состоит в том, чтобы находиться в близких отношениях в течение длительного времени. После того как первоначальный глянец любви сойдет, вы начнете анализировать, как ведет себя ваш партнер в трудных ситуациях и не становятся ли скука и ссоры обычными для вас. Один из способов провести такого рода проверку - пожить вместе, способ, избиравшийся почти четвертой частью всех студентов США в 1980-х гг. (Maclin, 1980).

Последнее замечание по проблеме выбора супруга. Хотя в большинстве браков секс не занимает самое главное место, нелишне знать, насколько вы и ваш будущий супруг(а) сексуально совместимы и не возникнут ли у вас существенные затруднения в области секса. Это не означает, что вы должны немедленно вступить в сексуальные отношения (что опять-таки зависит от ваших личных установок) или вести записи о них (такая тактика может обратиться против того, кто к ней прибегает, самым неожиданным образом), однако вам необходимо решить, как быть с сексуальной стороной ваших отношений и подумать о том, насколько важен (или не важен) секс для вас лично.

Любовь в браке

Лишь в редких случаях брак в точности соответствует волшебной формуле "Они жили счастливо и умерли в один день". Состоять в браке и сделать его счастливым совсем непросто. Легче быть любящими, когда вас не будят дети в 3 часа ночи, когда вы не пересекаетесь со свекровью или с тещей или когда ваши сексуальные порывы не разбиваются о голову, покрытую бигуди, маску для лица, запах сигары или ночную футбольную передачу.

В реальной жизни лишь в очень немногих браках постоянно сохраняются любовные отношения. Даже любовь-дружба время от времени несколько слабеет, когда возникают обычные стрессы или некоторая усталость от совместной жизни. Бывают моменты, когда муж и жена не любят или даже ненавидят друг друга, но тем не менее их отношения восстанавливаются. В ряде исследований было обнаружено, что взаимное недовольство супругов возрастает по мере увеличения продолжительности их брака (Blood, Wolfe, 1960; Wills, Weiss, Patterson, 1974; O'Neil, 1978). Хотя причины тут могут быть самые разные - ослабление сексуального интереса, родительские и профессиональные заботы, неумение проводить время вместе, слабое общение, утрата привлекательности как личности и ряд других, - многие браки страдают просто от невнимания супругов друг к другу.

Некоторые супруги вполне успешно поддерживают любовь, другие превращаются в деловых партнеров или своего рода "соседей по комнате", что приводит к полному увяданию чувства. В тех случаях, когда с течением времени отношения между супругами

становятся напряженными, они могут продолжать жить вместе ради детей или просто потому, что их установки не позволяют им разъехаться или развестись. Хотя в таких браках любовь отсутствует, их не всегда можно называть "неудачными". Даже удачные браки не гарантированы от исчезновения любви.

В своем эссе "Будущее брака" Мортон Хант (Hunt, 1977) писал: "Формальные обещания любить выполнить не может никто, так как любовь не подчиняется воле человека, а узы брака не в силах спасти любовь, если она умирает". Супружеские отношения в конце XX в. существенно отличаются от тех, какими они были в более ранние времена, но природа любви остается прежней. Главная задача, стоящая перед любыми супругами - сохранить любовь. Для ее выполнения требуется упорная работа и творческие способности.

Психологи о любви

Ни один человек не может с полной уверенностью сказать, что ему известно, чем именно бывает вызвано чувство любви. Хотя образ Амура, разбрасывающего свои стрелы, явно не дает удовлетворительного объяснения, ничего другого на самом деле предложить нельзя. Многие психологи пытались найти ответ в межличностной притягательности. Обратимся к данным, полученным в этих исследованиях.

Физический облик, по-видимому, играет важную роль в степени привлекательности одного человека для другого. Люди любого возраста -маленькие дети (Dion, Berscheid, 1974), подростки (Dion, Berscheid, Walster, 1972; Dermer, Thiel, 1975) и взрослые (Adams, Huston, 1975) - относятся к красивым людям более благосклонно, чем к менее привлекательным. Обычно к людям с красивой внешностью относятся более приветливо и охотнее оказывают им помощь (Barocas, Karoly, 1972; Benson, Karabenick, Lerner, 1976). Имеется вполне достаточное количество данных, свидетельствующих о том, что вопреки известной поговорке "с лица воду не пить", физическая привлекательность женщины сильно влияет на число ее поклонников -заключение, гораздо менее справедливое применительно к мужчинам (Berscheid et al., 1971; Krebs, Adinolfi, 1975).

В одном, на наш взгляд, очень интересном эксперименте было обнаружено (Dion, Berscheid, Walster, 1972), что внешность человека оказывает существенное влияние на наши представления о нем как о личности. Как мужчины, так и женщины на основании фотографий оценивали красивых людей как более добрых, отзывчивых, общительных и сексуальных, чем людей с непривлекательной внешностью. Группу, которую сочли физически более привлекательной, расценивали также как более перспективную в профессиональном плане и успешную в семейной жизни. А недавние исследования студенческих пар, которые нашли друг друга с помощью компьютера, показали, что представители обоих полов ориентировались при выборе партнера только на внешность; ум, характер и манеры, по-видимому, мало влияли на романтические чувства.

Заметим, что физическая привлекательность для женщин имеет более важное значение, чем для мужчин. В общественном сознании рейтинг мужчины больше зависит от его профессионального статуса и финансовых возможностей (Rubin, 1973; Walster, Walster, 1978). При выборе поклонников или мужей женщины всегда отдают предпочтение врачам, адвокатам и другим представителям престижных профессий, а не дворникам или официантам.

Отметим еще несколько особенно интересных тенденций, выявленных психологами.

1. Любовь с первого взгляда во многих случаях на поверку оказывается мифом, который призван оправдать слишком быструю с точки зрения приличий готовность вступить в половую связь (Murstein, 1980), однако иногда любовь действительно возникает таким образом (Solomon, 1981, 1989).

2. Бытующее представление о том, что мужчины предпочитают "недоступных" женщин, просто неверно (Walster et al., 1973).

3. В студенческом возрасте женщины влюбляются чаще, чем мужчины (Dion, Dion, 1973, 1975), но у мужчин это происходит быстрее (Hill, Rubin, Peplau, 1976).

4. Свыше 80% опрошенных студентов обоего пола уверены в том, что не вступят в брак с человеком, которого не будут любить (Bernscheid, 1988).

5. Мужчины дольше переживают разрыв, чем женщины (Walster, Walster, 1978), а женщины чаще прекращают романы, чем мужчины (Hill, Rubin, Peplau, 1976).

Несмотря на то, что последние годы интерес к любви как к научной проблеме резко возрос и такие исследования вошли в моду, нам представляется по-прежнему актуальным высказывание одного выдающегося психолога: "Что касается любви, то тут психологи не справились со своей миссией. То немногое, что нам известно о любви, не выходит за рамки простого наблюдения, а то немногое, что мы о ней пишем, гораздо лучше описано поэтами и писателями" (Harlow, 1958).

Выводы

1. Любовь между двумя людьми можно определить как состояние, при котором счастье другого необходимо вам для собственного счастья. Важными аспектами любви являются уважение и забота, и именно их наличие помогает отличить любовь со знаком плюс от любви-болезни, своего рода мании.

2. Открытость, общность интересов и желаний (сексуальных или каких-либо иных) обычно составляют часть любви, но это не то же самое, что любовь. В каждой конкретной любовной связи эти компоненты бывают выражены в разной степени и не могут автоматически определять, какая любовь "лучше всех".

3. Теория Стернберга определяет три ключевых компонента любви: интимную близость, страсть и решение/обязательство. По мнению Стернберга, вовлеченность двух людей в любовную связь можно оценить на основании совпадения их триад; сильное несовпадение свидетельствует о дисбалансе и о возможности возникновения проблем.

4. Теория любви как привязанности основана на гипотезе, что все любовные связи повторяют привязанность между матерью и младенцем. При таком подходе любовные отношения делят на три категории: спокойные, беспокойные и нервозно/амбивалентные.

5. Романтическая любовь - это сильное чувство, воспеваемое в прозе и стихах, музыке и живописи на всех этапах истории человечества. Теннов предложила называть самую сильную форму романтической любви лимерентностью.

6. Романтическая любовь часто, хотя и не всегда, начинается с готовности любить. Стадия зарождения влюбленности обычно плавно переходит в стадию влюбленности, для которой характерны оптимизм, бурная радость и ощущение, что так будет всегда. Эта стадия

бывает скоротечной, сменяясь переходным периодом, когда влюбленные впервые начинают замечать несовершенства и промахи друг друга, познают скуку или раздражение. На этой стадии возможны конфликты, которые иногда разрешаются (отношения сохраняются), иногда временно подавляются (напряженное перемирие) или приводят любовь к концу.

7. Любовь-дружба это любовь, основанная на реальности, без страстности романтической любви, но зато более длительная.

8. Любовь, вероятно, имеет биологическую основу, о чем свидетельствуют эволюционные данные и взаимодействие между состояниями физиологического возбуждения и эмоциями; однако любовь это прежде всего психосоциальное явление.

9. В нашей культуре любовь тесно связана с сексом и браком, однако как тот, так и другой могут существовать и без любви. Секс без любви может быть таким же полноценным, как секс при наличии любви, точно так же, как любовь без секса вполне устраивает некоторых людей. Решения, связанные с сексом, лучше всего принимать, основываясь на собственных ценностях и установках; при этом следует решить, какому из этих факторов следует отдавать предпочтение, поскольку они не всегда совместимы.

10. Любовь не прилагается к браку автоматически, точно так же, как брак не может автоматически возникнуть из любви. В американском обществе существует далекий от реальности набор ожиданий от любви в браке (возможно потому, что мы не задумываемся над необходимостью в процессе воспитания научить человека любить и быть любимым), и люди часто испытывают разочарование или удивление, когда в своих собственных отношениях им не удается удержать любовь, хотя они не прилагают никаких усилий к ее сохранению. Чтобы удержать любовь, необходимо активное сотрудничество двух людей: для того, чтобы "получить" любовь, очень полезно начать с того, чтобы самому "давать" ее.

Вопросы для размышления 1. Согласны ли вы с утверждением, что страстная любовь - это своего рода мания? Почему да или почему нет? 2. Возможен ли секс без любви? Или страстная любовь без превосходного секса? Существует ли какой-то общий знаменатель у любви и секса или каждый из них связан с импульсами, которые в основном разнородны? 3. Согласно одному из шлягеров 1960-х гг. разорвать связь очень трудно. Какие факторы затрудняют разрыв? Легче ли вы переносите разрыв, если инициируете его сами? Если вы подумываете о разрыве со своим партнером(шей), какие шаги вы предпринимаете, чтобы смягчить удар? 4. Правда ли, что вы можете судить о силе любви к себе по ревности вашего партнера(ши) к другим людям, проявляющим к вам интерес? Могут ли он или она быть так уверены в любви, чтобы быть выше ревности? 5. Хотя мы живем в обществе, которое считает, что необходимо любить того, с кем вступаешь в брак, существуют ли такие обстоятельства, при которых вы сочли бы возможным вступить с брак с человеком без любви? Если вы вступили в брак с человеком, которого не любили, допускаете ли вы, что в конце концов в ваших отношениях возникнет любовь? Почему да или почему нет?

6. Можно ли быть влюбленным в двух людей одновременно?

13 глава. Интимная близость и навыки коммуникации

Интимная близость. Мы ее жаждем и боимся. Мы приближаемся к любимому человеку, но тут же отступаем. Своим ученикам я как-то описал ее словами "отойти немножко ближе". Я называю это танцем "приблизиться - отступить." (L. Rubin, 1983)

Поиски близости - часть жизни каждого человека, однако обрести близкие отношения и особенно сохранить их бывает трудно. На первый взгляд это может показаться странным, поскольку блага, которые дают теплые доверительные отношения - радость, признание, уют, поддержка, товарищество, - безусловно обогащают жизнь и большинство людей действительно к ним стремятся. Однако четко определенного пути к их установлению или развитию таких отношений не существует, и это одна из важных проблем нашего времени - достаточно задуматься над статистикой разводов или вспомнить, что десятки тысяч пар обращаются за помощью к консультантам по вопросам брака.

Задачи данной главы - разъяснить природу близких отношений, в чем их суть, как создать и сохранить их и каковы возможные проблемы и подводные камни таких отношений. Кроме того, поскольку во всем этом большую роль играет характер общения, мы рассмотрим также навыки коммуникации применительно к интимным отношениям.

Интимная близость и интимные отношения

Слово интимность происходит от латинского intimus, что означает "самый внутренний" или "самый глубинный". Интимность можно определить как отношения, при которых два любящих человека тесно взаимодействуют и совершенно свободно делятся своими чувствами, мыслями и планами (Levinger, Raush, 1977; Macionis, 1978; Hatfield, 1982). Интимность обычно отмечена взаимным признанием, преданностью, нежностью и доверием, и мы здесь понимаем ее именно так.

Подчеркнем, что интимность - это не то же самое, что романтические отношения или даже любовь. Друзья могут работать или развлекаться вместе и получать удовольствие от общения друг с другом, но при этом мало или совсем не обмениваться своими сокровенными мыслями и чувствами; можно даже полюбить кого-то, но не открывать предмету любви свои чувства.

С другой стороны интимность как временное состояние (в отличие от развивающегося процесса) иногда бывает ситуационной, т.е. определяется особым стечением обстоятельств, ведущих к открытости и не всегда налагающих какие-либо обязательства или побуждающих к нежности (Wong, 1981). Например, два человека, сидя рядом во время длительного перелета, могут разговориться на сугубо личные темы, однако встретившись случайно впоследствии, нередко чувствуют себя очень неловко из-за своих откровений. Точно так же случайная сексуальная связь при всей ее сексуальной "интимности" обычно не затрагивает чувства и не дает ощутить заботу и участие, присущие настоящей интимности.

Итак, мы видим, что интимные отношения весьма разнообразны и сложны. В частности, следует ожидать, что интимность без романтики или сексуальных отношений (когда такое положение вещей приятно обоим партнерам) должна сильно отличаться от интимности, сопровождающей любовь, роман или страстное сексуальное влечение. Но прежде чем

обсуждать природу межличностной интимности, полезно коротко коснуться другого компонента интимности, который несомненно оказывает влияние на отношения данного человека с другими людьми: интимности с самим собой.

Интимность с самим собой

Раньше я думала, что интимность это что-то, что я получу как бы в подарок, когда встречу "того самого" человека; теперь я понимаю, что интимность начинается внутри меня самой. (Из картотеки автора).

Многие психологи подчеркивают, что способность человека вступать в интимные отношения отчасти зависит от его уверенности в себе, основанной на реалистическом знании собственной персоны и на разумной степени удовлетворенности собой (Erikson, 1963; Rogers, 1972; Levinger, Raush, 1977; Wolf, 1982). Такое самоощущение помогает понять собственные потребности и чувства, а следовательно, и разделить их с другими. Приятие самого себя способствует установлению межличностной интимности еще и потому, что обусловливает естественность поведения: человеку нет нужды рисоваться и выставлять себя не тем, кто он есть на самом деле.

Людям, которые не слишком нравятся самим себе или стыдятся себя, бывает трудно установить и поддерживать интимные отношения, они целиком поглощены желанием выставить себя перед другими в наилучшем свете и прилагают все усилия, чтобы завоевать признание и уважение. Даже в случае, когда эти усилия увенчались успехом, исходная самооценка, если и изменяется, то обычно ненадолго. Некоторые стремятся подавить чувство неуверенности в себе и связанную с этим депрессию тем или иным способом: используют психоактивные препараты или алкоголь, пассивно сидят перед телевизором, чтобы отвлечься от самих себя, или погружаются в работу. Наконец, есть категория людей, которые стараются найти удовлетворение в том, чтобы кто-то другой заботился о них, защищал, обеспечивал и развлекал их, но такое решение проблемы обычно бывает лишь временным.

Все это не означает, что человек способен к интимности с другими лишь в том случае, если он находится в полном ладу с самим собой. Заглянув в себя, мы не всегда бываем довольны увиденным. Обычно мы отделяем то, что нам нравится, от того, что нам не нравится, и стремимся измениться. Если мы честны в такой самооценке, то эти интимные сведения помогают нам в отношениях с другими. В то же время у тех, кто никогда не заглядывает в себя (из страха, лени или ненависти к себе), самовосприятие настолько искажено, что вряд ли они способны к полноценным отношениям с кем-то другим.

Здесь следует сделать одно предостережение. Важно сохранять чувство собственного "я", даже находясь в интимных отношениях с кем-то другим, и не отдаваться этим отношениям до такой степени, чтобы утратить его. Интимные отношения, поглощающие большую часть вашего времени и эмоциональной энергии, могут быть очень радостными, но при этом оставлять мало времени для познания самого себя. Такая всепоглощающая связь вместо того, чтобы приносить удовлетворение, может оказаться истощающей или ущербной. Напротив, интимные отношения, способствующие принятию самого себя и самопознанию, становятся позитивным элементом жизни.

Компоненты межличностной интимности

Одинокая женщина, 22 года. Больше всего я хочу, чтобы связь давала мне возможность всегда быть честной. Не знаю, возможно ли это. (Из картотеки авторов)

Женатый мужчина, 29лет. Для меня интимная близость означает, что все переживаешь вместе. Когда делишься хорошим и плохим, радостью и горем, тогда по-настоящему чувствуешь, что тебя любят. (Из картотеки авторов)

Одинокая женщина, 35лет. Некоторые люди испытывают шок, узнав, что между лесбиянками возможны длительные преданные отношения; между тем именно такие отношения между мной и Салли. Эта преданность связала нас на всю жизнь. (Из картотеки авторов)

Интимная близость приносит многочисленные и разнообразные радости, но было бы ошибочным воспринимать ее как неизменное состояние. Эта близость может различаться не только по интенсивности или по характеру отношений (между друзьями, любовниками, членами семьи и т.д.); в каждом случае интимная близость - процесс, колеблющийся во времени. Отчасти это обусловлено тем, что на ожидания и надежды каждого партнера оказывает влияние их собственная оценка того, что они - он или она - извлекают из своих отношений (Stuart, 1980; Margolin, 1982). Если человек чувствует, что интимная близость не оправдывает его ожиданий или вообще оказалась односторонней, скорее всего он прекратит отношения (или начнет думать о том, чтобы завести другие). В случаях же, когда оба партнера считают свои отношения равноправными и сбалансированными, они бывают очень счастливы и остаются вместе на долгое время (Walster, Walster, Berscheid, 1978; Hatfield, 1982). На глубину интимной близости оказывают влияние и внешние обстоятельства, как, например, разлука или большая занятость на работе, - они отвлекают энергию и внимание от взаимоотношений с партнером, заставляя переключиться на другие стороны жизни.

Чтобы лучше понять процесс интимного сближения, рассмотрим его основные компоненты: любовь, откровенность, доверие, преданность, честность, сопереживание и нежность. Разумеется, эти компоненты обычно существуют не по отдельности, а слиты в единый сплав, усиливая и укрепляя друг друга.



Инвалидность не мешает людям любить и делить друг с другом радости и печали.

Нежность и откровенность

Нежность - это такое чувство, которое испытывают только к тому, кого любят. Можно симпатизировать кому-то, с кем вы не связаны личными отношениями, например, просто потому, что этот человек красив, однако нежность, характерная для интимных отношений, возникает только тогда, когда два человека делятся друг с другом хорошим и плохим, и когда они привязаны друг к другу.

Чтобы делиться мыслями, чувствами и опытом, как это бывает при развитии интимных отношений, необходимо проводить вместе много времени, узнавая друг друга и раскрывая свой внутренний мир. Откровенность - один из главных шагов на пути к созданию интимных отношений. В начале знакомства обычно нет уверенности, что другому человеку будут интересны и важны ваши признания; кроме того, требуется время, чтобы установить, заслуживает ли ваш партнер доверия; таким образом, откровенность возникает постепенно. Вместо того чтобы сразу рассказать о своих сокровенных мечтах и глубочайших опасениях, люди обычно раскрываются по мере того, как они убеждаются, что их откровенность находит отклик у партнера и воспринимается с неослабевающим интересом (Altman, Vinsel, Brown, 1981).

Под откровенностью не следует понимать обсуждение только приятных событий. Согласно известному психологу К. Роджерсу, говоря "у меня на душе не очень весело, я хочу посоветоваться с тобой", вы почти гарантируете конструктивный процесс общения (С. Rogers, 1972). Разделять неуверенность, тревоги и сугубо личные проблемы близкого человека крайне необходимо для развития интимной близости.

Как ни важно делиться с партнером мыслями и чувствами, однако не менее важно иметь общие дела. Исследования показывают, что любовные отношения скорее возникают между людьми, связанными общими интересами и делами, а общие воспоминания, радости и горести, пережитые вместе, крепче удерживают людей друг около друга, делают их по настоящему близкими. Это не обязательно означает, что все нужно делать вместе. Хотя для некоторых пар такая система может оказаться вполне действенной, большинству трудно делиться друг с другом абсолютно всем. Прежде всего та или иная деятельность или занятие не всегда приносят равное удовлетворение обоим партнерам: один, например, любит бегать трусцой, а другой предпочитает играть с карты. Заставлять друг друга заниматься тем, что не доставляет удовольствия обоим, было бы неразумно. Кроме того, беспрерывное общение отнюдь не всегда служит мерой интимной близости. На самом деле для сохранения длительных отношений крайне важно не терять собственное лицо, оставаться независимой личностью (Laurence, 1982). Следуя собственным интересам и поддерживая свой круг знакомых, человек получает возможность отдохнуть от интимных взаимодействий. Это помогает партнерам, во-первых, избежать психологических перегрузок, возникающих при постоянном длительном пребывании один на один, а во-вторых, обогащает их новыми впечатлениями, что только укрепляет их отношения.

Доверие

Усугубление откровенности происходит не в вакууме, но зависит от степени доверия к партнеру. Таким образом, доверие - еще один непременный ингредиент интимной близости и, подобно нежности и разделению радостей и горя, для его развития требуется время. Конечно, люди, желающие создать интимные отношения, обычно стараются исходить из некоторых первоначальных допущений о доверии друг к другу, и если

поведение партнера соответствует его словам, доверие становится прочнее. Если он обещает помогать и быть рядом и своим поведением подтверждает это, то она начинает верить ему. Если же она обещает никогда не иронизировать по поводу его личных секретов и не нарушает обещание, он начинает верить ей. Как только доверие укрепляется, два человека начинают еще больше делиться своими мыслями и чувствами, не опасаясь, что это будет каким-то образом использовано против них.

Обязательства друг перед другом

Другой компонент интимной близости - обязательства друг перед другом (преданность) - в общем вырастает из нежности, откровенности и доверия, развивающихся на ранних стадиях интимных отношений (Levinger, Raush, 1977). Преданность требует, чтобы партнеры поддерживали друг друга и сохраняли интимную близость в периоды кризисов, скуки, несчастья и усталости так же, как во времена благополучия и увлеченности. Интимная близость, выявляющаяся только в периоды, когда жизнь на подъеме, - это скоротечная форма близости, а не те надежные отношения, к каким стремится большинство людей. Здесь снова Роджерс очень метко ухватил самую суть обязательств, налагаемых интимной близостью: "Каждый из нас берет на себя обязательство совместно работать над развитием наших теперешних отношений, потому что они постоянно обогащают нашу любовь и нашу жизнь и мы хотим, чтобы они развивались" (Rogers, 1972).

Несомненно, яркость чувств, увлеченность человека с течением времени меняются. Те, кто после недели страстной связи торжественно обещают друг другу любовь "на веки", рискуют столкнуться с тем, что чем больше они узнают друг друга, тем меньше у них желания оставаться вместе. Даже партнеры, связанные многолетними удовлетворявшими обоих интимными отношениями, позднее могут обнаружить, что отдаляются друг от друга или что возникли проблемы, подрывающие их отношения. Поэтому обещания любви и преданности следует рассматривать как позицию, отражающую нынешние намерения, без всяких гарантий на будущее. Тем не менее определенные обязательства, подкрепляемые готовностью преодолевать могущие возникнуть проблемы, - важный фактор для обеспечения длительного совместного будущего.

Другие компоненты интимной близости



Еще одну необходимую часть интимной близости составляет честность, хотя абсолютная честность, понимаемая как полная открытость, не всегда полезна. Слишком много честных признаний без учета того, как их воспримет партнер, бывает гибельным для любых отношений. Однако существует безусловное различие между утаиванием

некоторых вещей и обманом. Когда в отношении между друзьями или влюбленными закрадывается ложь, это обычно снижает качество общения, а тем самым наносит вред интимным отношениям. Если один из партнеров начинает прибегать к обману, даже из лучших побуждений, обнаружение обмана почти неизбежно ведет к потере доверия. Таким образом, ложь (грех деяния) обычно наносит интимной близости больший вред, чем утаивание (грех недеяния). Это означает, что если ваш партнер спросит о чем-то, что вам не хотелось бы откровенно обсуждать, всегда можно сказать: "Я не хочу говорить об этом", не нарушая при этом доверия партнера. Конечно, прибегая к такому объяснению слишком часто, можно заставить партнера задуматься над тем, что от него скрывают, и в ответ он тоже станет менее откровенным; как и в большинстве других аспектов интимных отношений, поведение партнеров и в этих случаях развивается в общем параллельно.

Сопереживанием называют способность понимать и разделять чувства и взгляды другого человека. Для того чтобы партнеры были откровенны друг с другом, каждый из них должен быть уверен, что другой выслушает его и поймет или по крайней мере примет во внимание сказанное. Именно сопереживание позволяет каждому из партнеров оказывать поддержку и помощь другому и избегать разлада, раздражения и отчуждения.

Один из аспектов интимной близости, которым чаще всего пренебрегают, это проявления нежности (с помощью слов, объятий, прикосновений и т.п.), а также непосредственности во всем поведении. Этот компонент интимной близости часто особенно трудно дается мужчинам, которые, будучи подготовлены к жизни в обществе, где от мужчины требуется рассудочность и готовность действовать, становятся в тупик перед нежностью или опасаются, что она "недостойна мужчины". Некоторые мужчины способны к физическим проявлениям нежности, но неспособны или стесняются выражать ее словами. Между тем в романтических отношениях обычно необходимы оба компонента нежности - словесный и физический. В сущности, когда люди жалуются, что из их отношений исчезла интимность, они в большинстве случаев имеют в виду, что исчезла нежность к ним со стороны партнера. Поэтому проявление нежности, как в словах, так и в действиях, - один из лучших способов сохранения свежести интимных отношений на долгое время.

Наконец, важно понимать, что если партнеры не готовы отбросить защитную тактику поведения, используемую ими в повседневной жизни, их отношения едва ли можно считать действительно интимными. Трудно находиться в интимных отношениях с человеком, который постоянно отрицает реальность своих истинных чувств (например, всегда претендует на некий "статус" и старается произвести впечатление на окружающих). Тем же, кто способен отказаться от подобных притязаний и оставаться самими собой спонтанно и без притворства, интимные отношения приносят больше удовлетворения.

Высказываемые здесь взгляды, касающиеся интимной близости, недавно подверглись определенной критике. Так, по мнению психиатра Кэрол Андерсон, мы предъявляем к интимной близости такие высокие требования, что она становится недостижимой (Hiebert, 1987). Андерсон отмечает, что это может быть связано с нашим стремлением к слишком интенсивным формам интимной близости и пренебрежением к таким ее выражениям, как терпимость, постоянство и преданность семье. Она видит корни такой тенденции в том подходе, который в 1960-е годы был положен в основу групповой психотерапии, а именно: сначала "прочувствовать", а затем выразить эти чувства словами. С ее точки зрения, не следует придавать слишком большое значение вербальной интимности, иначе человеку, не умеющему облекать свои мысли в слова, пришлось бы отказать в способности проявлять себя в качестве любящего преданного партнера в интимной ситуации. Уинн и Уинн (Wynne, Wynne, 1986) указывают также, что если постоянно требовать или ожидать интимности, то она может исчезнуть. Они полагают, что интимная

близость наиболее надежна, "когда она возникает спонтанно в контексте хорошо налаженных элементарных отношений" (Wynne, Wynne, 1986).

Различия между полами в интимных отношениях

Женщина, 28лет. С каким бы парнем я не встречалась, каждого интересует только секс. Переспишь с ним раз-другой и все: тут же исчезает. По-моему, все мужчины, которых я знаю, боятся настоящей интимной близости. (Из картотеки авторов.)

Мужчина, 25лет. Обидно слушать, когда женщины обвиняют мужчин в том, что те не хотят вступать в близкие любовные отношения. Многие из моих приятелей высоко ценят интимную близость, хотя, по-видимому, ее нелегко найти. (Из картотеки авторов.)

Приведенные здесь два мнения иллюстрируют различия в отношении женщин и мужчин в интимной близости. Эту тему широко обсуждают. Однако пока нет надежных данных, характеризующих уровни или типы мотивации к интимной близости у мужчин и женщин. Поэтому лучшее, что мы можем сделать, это дать обзор современных сведений, касающихся половых различий лишь в одном из аспектов интимного поведения - откровенности с партнером.

Как показали некоторые исследования, женщины более склонны к откровенности, чем мужчины (Markel, Long, Saine, 1976), причем девушки и женщины сообщают своим друзьям больше интимных сведений о себе, чем юноши и мужчины (Rivenbark, 1971; Chelune, 1976; Fischer, Narus, 1981). Кроме того, у девушек обычно больше близких друзей, чем у юношей (Maccoby, Jaklin, 1974), а у женщин корреляция между дружбой и откровенными признаниями выше, чем у мужчин (Booth, 1972; Rubin, Shenker, 1978; Bell, 1981). Кроме того, женщины легче заводят "настоящую, верную, неконкурентную" дружбу с другими женщинами, чем мужчины с другими мужчинами (Sheehy, 1981).

Однако не все данные подтверждают мнение о разной степени откровенности мужчин и женщин. Рубин и др. (Rubin et al., 1980), изучившие 231 пару студентов колледжей, не обнаружили такого рода различий между мужчинами и женщинами: 57% мужчин и женщин совершенно откровенно рассказывали партнерам о своем прежнем сексуальном опыте, 73% мужчин и 74% женщин также откровенно говорили о тех чувствах, которые они испытывают в процессе нынешних сексуальных отношений, а 48% мужчин и 46% женщин честно поведали своему партнеру о своих взглядах на будущее их связи. Несмотря на некоторые различия (например, женщины больше говорили о своих самых больших опасениях, о своих чувствах к родителям и к самым близким друзьям, тогда как мужчины - больше о вещах, которыми они гордились, о том, что им больше всего нравилось в партнершах, и о своих политических взглядах), исследователи отмечают, что в целом их выборка студентов соответствовала некой норме "полной и одинаковой откровенности". В ряде исследований также было установлено, что мужчины более откровенны со своими партнершами, чем с кем-либо другим (Komarovsky, 1976), и что половые различия в отношении откровенности минимальны (Hacker, 1981).

По мнению других исследователей, интимная близость дается женщинам несколько легче, чем мужчинам, и более свойственна им. Так, возникновение ее между лесбиянками более вероятно, чем между геями (Saghir, Robins, 1973; Tripp, 1975; Bell, Weinberg, 1978; Peplau, Gordon, 1982). Сексопатологи отмечают, что страх перед интимной связью относительно обычен у мужчин и более редок у женщин (Sager, 1977; H.S. Kaplan, 1979; Schwartz, 1983). Кроме того, мужчины стремятся к "немедленной интимности" чаще, чем женщины, что

указывает на их глубоко неверные представления о том, как на самом деле развивается интимная близость.

Как мы можем объяснить такие различия? Во-первых, следует учитывать, что существующие исследования освещают лишь отдельные аспекты интимной близости, главным образом вербальные, такие, как раскрытие своего "я". При таком подходе с неизбежностью остается вне поля зрения анализ интимной близости как постепенно развивающегося процесса, в котором время, проводимое вместе, физический контакт и разного рода совместные действия могут оказаться важнее вербального общения. Возможно поэтому, что более разностороннее изучение вопроса выявит лишь слабые различия между мужчинами и женщинами в интимных отношениях или не обнаружит их вовсе. Однако нельзя исключить и того, что характерные для нашего общества (см. гл. 11) различия в ранних стадиях социализации мужчин и женщин обусловливают последующую разницу в их способностях к интимным отношениям. Обычно в нашем обществе девочек приучают проявлять свои чувства, тогда как мальчикам внушают, что чувства следует скрывать и не выказывать признаков слабости или страха. Кроме того, девочек чаще ласкают в детстве, чем мальчиков (Montagu, 1977), что может быть причиной возникающих позднее половых различий в отношении к интимной близости. Не соответствует интимности и конкурентное агрессивное поведение мальчиков, которое в целом поощряется в нашем обществе, тогда как благовоспитанность и чувствительность, поддерживаемые в девочках, способствуют интимному поведению.

Какими бы ни были различия в подготовке к интимности, связанные с типом социализации в детстве, мужчины, несомненно, вполне способны к интимным отношениям: просто некоторым из них необходимо какое-то время, чтобы понять, как они достигаются. Мужчины, по-видимому, особенно стремятся к интимной близости после 40 лет (Sheeny, 1981), хотя многим из них удается достигнуть ее в более раннем возрасте. Быть может, самую суть половых различий в интимных отношениях сумели сформировать Рубенштейн и Шавер (Rybenstein, Shaver, 1982); по их словам, "мужчинам и женщинам одинаково необходима интимная близость, но женщины, несмотря на свои способности к ней, достигают желаемого реже, чем мужчины, потому что в очень многих случаях мужчины больше "берут, чем дают".

Проблемы интимной близости

Как ни стремится большинство людей к установлению интимной близости, часто она оказывается малодостижимой. В этом разделе рассматриваются возникающие на этом пути проблемы, в том числе преграды к возникновению интимности, страх интимных отношений, а также псевдоинтимность.

Преграды на пути к интимной близости



Известно, что одни легко вступают в близкие отношения, тогда как другим очень трудно пойти дальше стадии "светского знакомства". Счастливцы, относящиеся к первой группе, явно составляют меньшинство. Большинству же приходится затратить много усилий, чтобы достигнуть близости, а нередко и столкнуться с тем, что все попытки сближения

остаются незамеченными или отвергаются. Ниже перечислены обычные причины тех трудностей, которые возникают при завязывании близких отношений.

1. **Застенчивость**. Люди, которых застенчивость заставляет избегать общения и замыкаться в себе, непреднамеренно ограничивают свои возможности для создания интимных отношений. Парадоксальным образом застенчивые люди зачастую жаждут интимности и дружбы, но, по-видимому, не хотят или неспособны пойти на риск, необходимый для преодоления своей застенчивости.

2. **Агрессивность**. Люди, ведущие себя агрессивно, часто отпугивают других или вынуждают их занять оборонительную позицию. В типичном случае их беспокоит, что "этот человек возьмет верх надо мной", а мало кого привлекают отношения, в которых им уготована роль подчиненного. Сбавив агрессивный тон и поведение, можно повысить свои шансы на достижение близости.

3. **Самовлюбленность**. Поглощенность человека самим собой обычно отталкивает от него окружающих. Всем нам знакомы люди, которые стремятся любой ценой постоянно оставаться в центре внимания; игнорируют потребности других (не специально, а просто потому, что не замечают их); кто говорит только сам, не давая говорить никому другому, и вообще не хочет делать того, чего хочет партнер, если только это не совпадает с его собственными желаниями. Эти люди нередко инициируют интимные отношения, рассказав другим массу всего о себе, однако им трудно поддерживать длительную связь.

4. **Эгоизм**. Эгоизм, вытекающий из самовлюбленности, может нанести еще больше вреда развитию настоящей интимной близости. Эгоисты часто манипулируют другими людьми и стараются извлечь из них выгоду, чтобы добиться своего. Эгоистичный человек мало заботится о том, что может принести пользу его партнеру или их взаимоотношениям и старается сохранить за собой первенство для достижения собственных целей.

5. **Неспособность к сопереживанию**. Человеку, не желающему или неспособному принимать и понимать взгляды, мысли или чувства другого, трудно поддерживать интимную близость. Часто он не умеет выслушать другого: либо прерывает партнера, либо не воспринимает то, что тот говорит, будучи неспособен взглянуть на ситуацию его глазами. Те же, кто способен к сопереживанию, стараются не только понять, но и чем-то помочь другим.

6. **Конфликтные и нереалистичные ожидания**. У многих людей складываются идеализированные представления об интимной близости; в результате они ожидают невозможного, создавая ситуацию, часто ведущую к разочарованию, фрустрации и даже к отказу от интимных отношений. В других случаях цели партнеров могут оказаться настолько разными, что отношения неизбежно распадаются. Так, если один из партнеров ищет в дружбе главным образом возможность совместного времяпрепровождения и развлечения, а другой стремится к глубоко интеллектуальному общению, им вряд ли будет хорошо вместе.

Излишне говорить, что это далеко не полный перечень всех возможных преград на пути к интимности. Есть и другие факторы - депрессия, наркомания или тяжелое физическое заболевание, чрезвычайно затрудняющие установление близких отношений даже при наличии всех остальных условий. Однако важно подчеркнуть, что интимная близость часто бывает чрезвычайно жизнестойкой, пробивая себе путь несмотря на непредвиденные препятствия. Быть может, это одна из причин того, что столь многие из нас так стремятся обрести интимные отношения и сохранять их.



Страх интимной близости

Страх интимной близости встречается часто. Основные его причины - недоверие, боязнь оказаться брошенным или потерять контроль над собой. К этому часто добавляется негативное представление о самом себе; человеку кажется, что он не может внести в интимные отношения ничего ценного и сомневается в справедливости оценки лица, проявляющего к нему интерес, поскольку сам считает себя неинтересным и недостойным внимания.

Недоверчивые люди, опасающиеся, что их могут бросить, решительно избегают интимных отношений, предпочитая иметь многочисленные случайные связи вместо одной, требующей взятия на себя серьезных обязательств и чреватой разочарованиями; такие люди оберегают себя от огорчений, но при этом обкрадывают себя в эмоциональном плане. Другие вступают в интимные отношения, но защищают себя, ограничивая степень сближения. Как только возникает угроза, что отношения могут стать слишком близкими, они затевают ссору, становятся невнимательными или с головой погружаются в работу; короче говоря, они отгораживаются от требований, предъявляемых отношениями с партнером, и успокаивают свои страхи, удерживая интимность под контролем. Э. Каплан отмечает, что в некоторых случаях интимность дается с трудом обоим партнерам. Такие

пары жаждут близости друг с другом, но по достижении определенной степени контакта начинают испытывать беспокойство. Тогда один из них старается вести себя таким образом, чтобы держать другого на расстоянии. Когда же это расстояние становится значительным, в партнерах пробуждается беспокойство и стремление к близости. Они тоскуют друг без друга и вновь сближаются, но не слишком сильно. Затем все повторяется вновь (Kaplan, 1979).

Нередко страх интимности сохраняется в течение всей жизни. Иногда он коренится в травмирующих отношениях с родителями в раннем детстве; в других случаях возникает после разрыва интимных отношений, принесшего не только обиду, но и глубокое разочарование. Хотя большинству из нас разрыв интимных отношений не наносит большого вреда, в некоторых случаях эмоциональные рубцы оказываются очень глубокими, так что страх перед близостью вполне можно понять.

Псевдоинтимность

Подлинную интимную близость как позитивный саморазвивающийся процесс следует отличать от псевдоинтимности, в которой больше притворства, чем откровенности, больше манипулирования, чем сопереживания. Для псевдоинтимности наиболее характерны следующие признаки.

Стремление одного партнера переложить на другого большую часть забот и ответственности вместо того, чтобы взять их на себя.

Огромная пропасть между тем, что говорится, и тем, что делается.

Отсутствие взаимного доверия между партнерами или же сознательное и многократное нарушение доверия одним из них.

Односторонний или иллюзорный характер обязательств, налагаемых данной связью.

Эгоистичное поведение одного из партнеров и его невнимательность к интересам другого.

Общение одностороннее (один из партнеров либо монополизирует все разговоры, либо не имеет что сказать).

Командный стиль общения, когда один или оба партнера дают указания и критикуют друг друга за их невыполнение.

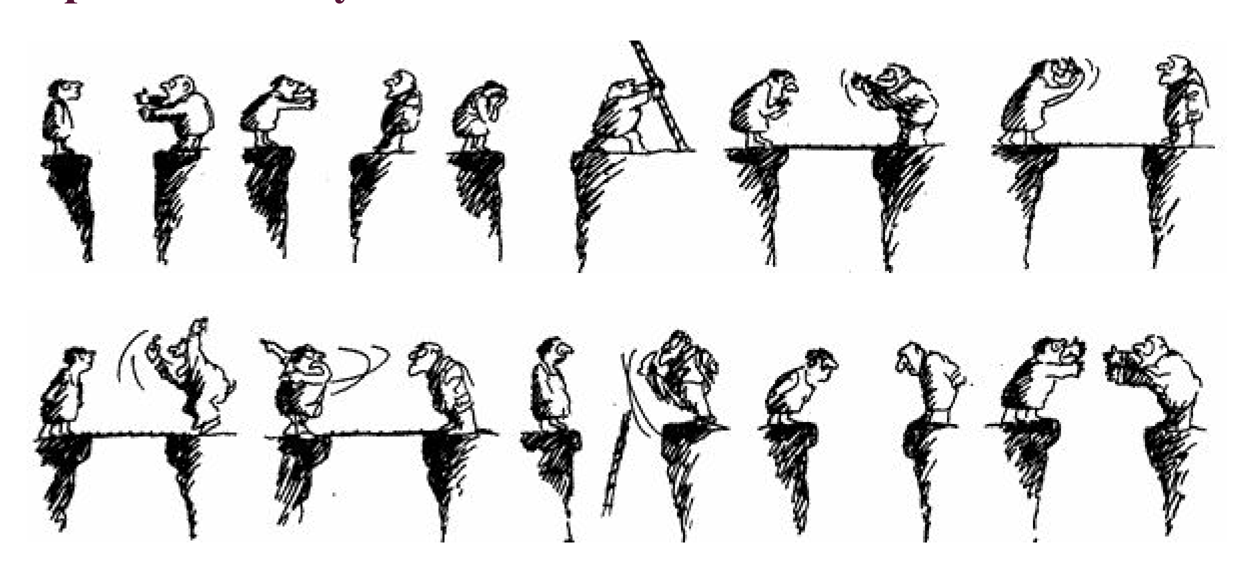
Постоянные конфликты и споры, поглощающие массу времени и энергии, но практически не приводящие к решению существенных проблем.

Это не означает, что подлинная интимная близость возможна лишь при идеальном спокойствии и привязанности партнеров друг к другу. Преданность и забота о партнере вовсе не обеспечивают непрерывное счастье или согласие по всем вопросам. Например, у очень влюбленных людей возможны моменты, когда они ненавидят друг друга, а люди, испытывающие друг к другу нежность, иногда способны на жестокость (Tennov, 1979; Stuart, 1980; L. Rubin, 1983). Такая изменчивость в чувствах не означает, что между людьми нет настоящей близости; это просто показывает, что интимные отношения - нечто очень сложное. И в конечном счете именно эта сложность придает интимной близости ее главную ценность - уникальные отношения двух людей, основанные на полной взаимности.

Коммуникация

Как было сказано во введении к этой главе, интимная близость возникает и может развиваться только на основе эффективной коммуникации. Умение общаться - краеугольный камень межличностных и сексуальных отношений. Между тем очень немногие из нас обучены навыкам интимной коммуникации (общения). В школах нас учат писать сочинения и контрольные работы, а иногда даже преподают основы публичных выступлений или диспутов, однако когда дело доходит до искусства интимного общения, мы оказываемся предоставленными самим себе. Ниже приводятся некоторые простые практические советы, которые могут помочь освоить это искусство.

Процесс коммуникации



Коммуникацию обычно начинают с намерением передать кому-то другому некую информацию. Отправитель информации должен превратить свое намерение в конкретное сообщение, которое передается тому, кому оно предназначено. Сообщение может быть вербальным (слова, звуки) или невербальным (выраженным во взгляде или действии). Получатель должен не только получить сообщение, но и понять и истолковать его смысл. На каждом из этих, казалось бы, простых шагов могут произойти и происходят ошибки.

Во многих случаях отправителю не удается ясно выразить то, что он имел в виду. Иногда, например, люди неспособны найти верные слова, чтобы передать свои ощущения или сообщить о своих нуждах, так что их сообщения бывают неточны. Даже если сообщение было правильно сформулировано, возможен какой-либо сбой в процессе передачи, так что оно вообще не попадает к адресату или придет в искаженном виде. Часто случается, что кто-то не понимает главный смысл вашего сообщения, а после того как вы (возможно с некоторым раздражением) объяснили суть дела, заявляет "О, а я подумал, что вы имели в виду совсем другое".

Возможно, что получатель не будет настроен на прием и не поймет сообщение (например, он мог не слушать) или услышит то, что ему хотелось бы или что он ожидал услышать, а не то, что собственно сказано.

Однако самые серьезные недоразумения порождает интерпретация сообщений их получателем.

Мужчина: Я сказал тебе вечером, что не хочу сегодня заниматься любовью.

Женщина: Я думала, что ты не хотел именно тогда, я не поняла, что ты имел в виду всю ночь.

Хотя кажущийся простым акт коммуникации часто оказывается трудным и сложным, рассматриваемые ниже меры позволяют сделать наши сообщения максимально ясными и подготовить нас к правильному восприятию.

Сообщения должны быть ясными

Коммуникация начинается с сообщения, посылаемого одним человеком другому. Если смысл сообщения неясен, то даже внимательный слушатель будет поставлен в тупик и начнет строить догадки о его истинном смысле. Существуют три главные причины отсутствия ясности.

1. **Вы не сказали, что вы имели в виду**. В тех случаях, когда люди неспособны найти нужные слова, чтобы выразить свои чувства, они, возможно, не вполне в ладу с этими чувствами. Иногда люди избегают определенности из боязни или обидеть того, кого они любят, или попасть в неудобное положение, или оказаться отвергнутыми.

2. **Противоречивость информации**. Это случается, когда язык тела или интонации человека противоречат сказанным словам. Например, если кто-то говорит "Это прелестно", но при этом делает гримасу, это может привести собеседника в недоумение. Точно так же человек, медленно и напряженно произносящий слова "Я не расстроен", демонстрирует прямо противоположное. Сообщение будет противоречивым и в том случае, если одна его часть отрицает другую. Например: "Я люблю, когда ты бываешь грубым, но мне хотелось бы, чтобы ты был более нежен" или "Не хочу тебя беспокоить, но кажется, я беременна".

3. **Неопределенность высказываний**. Они вызывают недоумение и растерянность: "Что он (или она) имеет в виду?" Если, например, партнер говорит: "Нам следовало бы внести в свою жизнь больше романтики", немедленно возникают вопросы: считает ли он, что в наших отношениях что-то не так? Он меня критикует? Должна ли я делать что-то новенькое? Он несчастлив? Что он хочет? Между тем достаточно было просто сказать "Мне хотелось бы, чтобы ты иногда читала мне какие-нибудь стихи о любви", и никаких вопросов бы не возникало.

Ясности в коммуникации можно достигнуть несколькими способами.

1. Продумайте то, что вы хотите сказать и как вы это скажете, особенно если это что-то важное или несет эмоциональную нагрузку.

2. Сообщите своему партнеру, чему именно вы придаете первостепенное значение; старайтесь не включать в это сообщение слишком много требований и указаний, так как это может помешать уловить главное.

3. Будьте кратки. Витиеватые рассуждения не проясняют, а затемняют смысл. Однако краткость не означает упрощение или поверхностность. Не пренебрегайте ради краткости важной информацией о своих чувствах или желаниях.

4. Не перебивайте своего партнера. Дайте ему или ей возможность ответить и участвовать в разговоре.

5. Не начинайте разговор с упреков или обвинений партнера - иначе вы заставите занять оборонительную позицию, а это помешает объективному восприятию ваших слов.

6. Не бойтесь изложить то, что вам необходимо высказать, в письме, особенно если вам трудно сказать это прямо в лицо. Написав письмо, вы покажете, что ваш партнер вам дорог и вы были готовы затратить время, чтобы изложить все обстоятельно.

7. Попросите партнера ответить на ваши слова, чтобы убедиться, что вы правильно поняты, и узнать о его или ее реакции.

Невербальная коммуникация




Язык тела и выражение лица - важные элементы общения.

Однажды ночью, после того как они занимались любовью, Кэти впала в угрюмое молчание. Когда Джордж спросил, что случилось, она ответила "Абсолютно ничего", но плотно сжатые губы и то, как она отодвинулась от него, убедило Джорджа, что она действительно чем-то недовольна. Проявив некоторое терпение, Джордж все же выяснил, что огорчило Кэти: она не достигла оргазма и считала, что виноват он, так как слишком рано перестал гладить ее клитор. (Из картотеки авторов.)

Как показывает этот пример, невербальная сторона коммуникации часто не менее важна, чем произнесенные слова. По мнению одного психолога, в словесном сообщении чувство лишь на 7% выражается собственно словами, а 38% - голосом и на 55% - выражением лица (Mehrabian, 1972). Позы и жесты (язык тела) также могут быть мощными невербальными средствами передачи информации: иногда они говорят "Не подходи", а иногда приглашают к интимности и близости (Fast, 1972). Если вы, расслабившись, развалились рядом со своим партнером, это обычно означает, что вам уютно и тепло; если же вы сидите, выпрямившись на кончике стула, отодвинувшись от партнера подальше, для него это признак вашего отчуждения, недовольства и озабоченности. Невысказанную словами информацию можно с успехом передать, просто прикоснувшись к человеку, что может означать расположение и готовность к близости (Montagu, 1977).

Важно знать, что несоответствие между невербальными намеками и словесным содержанием обычно толкуется в пользу первых; в этом смысле "мощность" у невербальных сообщений выше, чем у одних только произнесенных слов (Stuart, 1980). Поэтому, общаясь с партнером, полезно следить за тем, чтобы ваши вербальные и невербальные сообщения соответствовали друг другу, и избегать ситуаций, когда слова означают одно, а язык тела и интонации голоса - другое. Таким образом, один из способов повышения эффективности коммуникации состоит в том, чтобы постоянно помнить о вашем собственном невербальном языке. К сожалению, этому аспекту общения многие люди никогда не уделяют внимания. Полезно также использовать разные способы

передачи позитивных невербальных сообщений, выражающих доверие, преданность и любовь, а не подозрительность, враждебность или нетерпение. Вы можете потренироваться в этом с помощью зеркала или магнитофона или же привлечь своего партнера. Обсудив вместе характер вашего невербального общения друг с другом, вы можете решить, как его усовершенствовать.

Неудивительно, что невербальные сообщения особенно значимы во время полового акта. Иногда они выражают неудовольствие или обиду. Например, если тело вашей партнерши напрягается, когда вы стимулируете ее гениталии языком, вы можете сначала думать, что ей неприятны такие ласки, независимо от того, что она говорит. Точно так же, если во время полового акта ваш партнер обычно стонет, то при внезапном прекращении стонов вам может показаться, что вы делаете что-то не так. Невербальные сообщения могут выражать удовольствие, страсть, теплые чувства и т.п. Не нарушая настроения словами, они помогают каждому из партнеров понять, что именно нравится другому. А взяв руку партнера и направляя ее на определенные участки своего тела или показывая ему, как бы вы хотели, чтобы он к вам прикасался, вы можете сделать ему настоящий подарок.

Прикосновения - очень эффективное средство невербальной коммуникации, однако часто партнеры произносят слишком много слов и слишком мало используют прикосновения, чтобы выразить нежность и любовь друг к другу. Во многих случаях долгое крепкое объятие скажет о чувствах больше, чем десятиминутный диалог. Погладив партнера по голове или по лицу, нежно поцеловав или сделав эротический массаж, можно лучше всяких слов выразить свою любовь и доставить радость. Если же люди прикасаются друг к другу только во время полового акта, то они отделяют физическую сторону своих отношений от всего остального, превращая секс в предмет потребления, как бы выдаваемый в обмен на интимную близость.

Ранимость и доверие

Коммуникация при интимной близости имеет некоторые отличия от общения с другими людьми. Отчасти это определяется той уверенностью, которая возникает у по-настоящему близких людей, что ни один из них не может преднамеренно причинить боль другому - допущение, далеко не всегда возможное при общении с остальным миром. Эта уверенность создает такую атмосферу открытости, доверия и взаимной поддержки, которая позволяет обоим партнерам в своих интимных, любовных отношениях стать крайне ранимыми и чувствительными к обидам.

Готовность раскрыть свою душу, а потому оказаться легко ранимым, составляющая самую суть интимной близости, и доверие, делающее это возможным, толкают людей к тому, чтобы обнажать свои чувства и мысли. Они свободно рассказывают о себе все, включая свои страхи, недостатки и неудачи, не беспокоясь о том, что эти сведения могут быть использованы против них. Таким образом, хотя доверчивость и уязвимость нельзя считать средствами коммуникации, они составляют необходимое условие интимного общения.

Язык "Я"

Один из самых прямых способов ясной коммуникации, позволяющий избежать игры в чтение мыслей, это так называемый язык "Я". Главная предпосылка этого подхода состоит в том, что человек принимает ответственность сам за себя, поскольку никто лучше него не знает, что ему нужно в каждый данный момент. Начиная как можно больше высказываний

с местоимения "Я", человек отчетливо выражает себя как самостоятельная личность. "Я"-высказывания говорят, что вам нужно или чего вы хотите. "Я хочу, чтобы мы могли больше обниматься и целоваться", "Я испытываю беспокойство" или "Я хочу, чтобы мы могли проводить больше времени, разговаривая друг с другом" - все это примеры языка "Я". Некоторым людям язык "Я" кажется проявлением эгоизма - ведь нам с самого детства внушают, что невежливо слишком много говорить о себе. Однако интимная близость требует, чтобы человек был откровенен и выражал свои чувства, а не ходил вокруг да около.

В отличие от этого предложения, начинающиеся с местоимения "Ты", часто выражают требование, провоцируя у другой стороны оборонительную реакцию. Высказывания типа "Ты теперь почти не целуешь меня" или "Ты мало говоришь со мной" звучат совершенно иначе, чем те, что начинаются с "Я".

Высказывания, начинающиеся с "Мы", потенциально проблематичны, так как они вынуждают одного партнера говорить за обоих. Этот партнер должен строить предположения или догадываться о настроениях, предпочтениях и нуждах другого, и если его допущения окажутся верными, то возникнет приятное чувство единения. На самом деле, однако, "Мы" - высказывания во многих случаях, как это ни досадно, не попадают в цель. Кроме того, они могут содействовать одностороннему характеру общения: один из партнеров может монополизировать общение, говоря за обоих почти все время. В этой ситуации менее самоуверенный партнер будет помалкивать и рискует потопить все свои желания в потоке директив говорливого партнера. Такая однобокая коммуникация вряд ли приведет к близости.

Язык "Я", таким образом, дает прекрасную возможность одному партнеру в интимных диалогах выложить свои эмоциональные карты на стол вместо того, чтобы пасовать перед трудностями. Его открытость в свою очередь приглашает другого партнера тоже быть откровенным. Сопоставьте разницу в стиле и содержании высказываний.

Без языка "Я"

Эйлин: Чем ты хочешь заняться сегодня вечером?

Джон: Ой, не знаю. А чего бы хотелось тебе?

Эйлин: Мне хочется делать что-то такое, что доставило бы удовольствие нам обоим.

Джон: У тебя есть какие-нибудь идеи?

(Разговор может продолжаться дальше в том же стиле, поскольку и Эйлин и Джон стараются не оказывать давления друг на друга.)

С помощью языка "Я"

Эйлин: Сегодня вечером я что-то расклеилась; мне бы хотелось побыть дома и расслабиться.

Джон: А мне хотелось куда-нибудь сходить. Может быть, пойдем потанцевать?

Эйлин: Я не думаю, что это доставит мне удовольствие. Я просто слишком устала, чтобы выйти прямо сейчас.

Джон: Ладно, я могу посмотреть по ТВ футбол, а в конце недели мы куда-нибудь сходим.

Если бы Джон и Эйлин не договорились, как провести вечер, они могли бы прибегнуть к языку "Я", чтобы принять решение, устраивающее обоих. Вот пример того, как этого можно добиться.

Эйлин: Я, правда, не собиралась выходить сегодня; я надеялась остаться дома и отдохнуть. Это тебя не очень огорчит?

Джон: Ладно, я не то чтобы решил непременно идти танцевать, но мне определенно хотелось куда-нибудь сходить.

Эйлин: Мне кажется, я могла бы пойти куда-нибудь, если это не потребует большой затраты сил. Как насчет кино? Как это тебе?

Джон: О, замечательно! Я хотел посмотреть этот новый фильм Вуди Аллена и мы могли бы попасть на девятичасовой сеанс.

Эйлин: Меня это вполне устраивает. Я вздремну немного, если ты приготовишь обед, а потом мы можем двинуться.

Джон: Прекрасно! Я разбужу тебя через полчаса, хорошо?

Если не удается найти удовлетворительный компромисс путем таких переговоров, то следующим шагом для обоих партнеров должно стать определение относительной важности их различных желаний. Некоторые пары находят, что проще всего каждому из них оценить настоятельность своих потребностей (например, по шкале -10 до +10, где О означает нейтральное отношение). Другие пары просто сравнивают свои потребности, суждения, не прибегая к количественным оценкам. В любом случае эти переговоры должны исходить из того, что наилучшим будет решение последовать предложению того партнера, желание которого сильнее, но при условии, что другой партнер не пострадает. Можно также договориться, что один из партнеров займется чем-то в одиночку; интимные отношения не означают, что все всегда надо делать вместе.

В связи с языком "Я" следует отметить одно предостережение: возможны фальшивые "Я"-высказывания, например, начинающиеся словами "Я думаю, что ты..," или "Я чувствую, что ты...". На самом деле это просто "Ты"-высказывания, замаскированные добавлением слов "Я думаю" или "Я чувствую". Таких высказываний следует избегать, так как дело вовсе не в грамматическом построении фразы; суть языка "Я" в том, чтобы говорить за себя, не обвиняя и не упрекая.

Самые полные функциональные "Я"-высказывания должны не просто сообщать, что и как вы чувствуете (особенно, если это негативное чувство), но и что, по-вашему, вам нужно, чтобы попытаться сохранить (или изменить) это чувство. Это избавит вашего партнера от усилий, зачастую тщетных, как-то исправить то, что вас не устраивает. Особенно необходим такой подход в ситуациях, связанных с сексом. Вместо того чтобы заявлять "Мне не нравится, когда ты бросаешься на меня", можно сказать "Мне неприятно, когда все происходит стремительно и поспешно; я возбуждаюсь, если все происходит медленно и постепенно". Такого рода информация позволяет избежать недоразумений, возможных

при половинчатом сообщении - о том, что вам неприятно, - поскольку при этом вы сообщаете и о том, что бы вы предпочли. Здесь снова, принимая на себя ответственность за изложение ваших собственных желаний и предпочтений, вы избавляете своего партнера от необходимости выяснять, что доставляет вам удовольствие.

Важно также понять, что язык "Я" - не единственный способ коммуникации в интимных отношениях. Поскольку при интимной близости люди привыкают мысленно говорить о партнерстве, пользуясь местоимением "мы", а не "ты" и "я" (Hatfield, 1982), нет ничего плохого в том, чтобы подчеркивать такое представление. Точно так же, "Ты"-высказывания позитивного, а не критического содержания, безусловно желательны в любых взаимоотношениях. Таким образом, "Я"-язык следует рассматривать как возможный способ достижения ясности в интимной коммуникации, а не как единственный правильный способ общения с партнером.

Выражение влюбленности

Казалось бы, не может быть ничего проще, чем выразить любовь, находясь в интимной связи, однако консультанты по вопросам брака и семьи нередко обнаруживают, что даже любящие пары часто пренебрегают этой стороной своих отношений. Хотя проявлять любовь в поступках важнее, чем в словах, однако если человеку никогда не говорят о любви, это может вызвать у него тревогу и сомнения в чувствах партнера.

В глубине души я знаю, что она действительно любит меня, но она теперь никогда об этом не говорит. Я чувствую себя в дурацком положении; даже если б я попросил ее "Лаура, пожалуйста, скажи мне, что ты любишь меня", я все равно бы не знал, говорит ли она правду или просто для того, чтобы успокоить меня". (Из картотеки авторов)

Если же слова любви произносятся только во время полового акта и ни в какое другое время, то человек может подумать, что любят не его самого, а только сексуальные отношения с ним.

Некоторые пары находят способы выразить свои чувства друг к другу. Это может быть записка, сунутая в карман куртки, стихи, написанные одним партнером для другого, или короткий телефонный звонок: "Я просто хотел сказать, что схожу по тебе с ума". Какой бы способ ни был выбран, быть уверенным, что ваш интимный партнер знает о вашей любви (до тех пор, пока она действительно существует) - это важное условие долговечности отношений.

Выражение гнева

Гнев, достигший своего апогея, почти наверняка нарушит коммуникацию и крайне затруднит любой настоящий диалог. Самое мудрое решение в таких случаях - отложить серьезное обсуждение причины вашего гнева и ее возможного устранения до того времени, когда этот гнев уляжется. Если это не поможет, то для обоих партнеров лучше всего признать, что о многом из сказанного в припадке раздражения впоследствии придется сожалеть, поскольку на самом деле человек не имел этого в виду (это говорилось просто для того, чтобы обидеть другого).

Важно понимать, что гнев обычно не бывает первичной эмоцией: его вспышке в большинстве случаев предшествует чувство обиды, возмущения или фрустрации. Если эти чувства удается понять и обсудить, пока они еще в зачатке, т.е. до того, как они

переросли в гнев, то шансов успешно справиться с ними и избежать вреда, который может нанести вспышка гнева, гораздо больше. Однако, если гнев вспыхнул, то лучше быстро выпустить пари небольшими дозами, чем дать ему бурлить в атмосфере обиды и враждебности, пока он не выплеснется наружу и не произойдет взрыв. Как пишет социальный психолог К. Тевриз:

"Парам, сумевшим преодолеть и приступы ярости, и конфликты, известны две вещи: как соблюдать спокойствие при обычных стычках, чтобы сохранить мир и пристойность, и как нужно спорить по важным поводам, чтобы сохранить личную независимость и возможность развиваться" (Tavris, 1982).

По мнению некоторых ученых, вспышка гнева помогает разрядить подавляемое напряжение и тем самым вернуться к состоянию относительного эмоционального равновесия (Bach, Wyden, 1968; Rubin, 1970; Вгу, 1977). Другие приходят к выводу, что гнев обычно бывает "конструктивно мотивирован" (т.е. направлен не на то, чтобы кого-нибудь обидеть, а на то, чтобы что-то изменить), и приводят данные, согласно которым гнев обычно оказывает благотворное действие на обоих партнеров - на того, кто гневается, и на того, на кого этот гнев направлен (Averill, 1982). Таким образом, важно представлять себе, что если вы время от времени сердитесь на своего партнера, это отнюдь не означает, что ваши отношения обречены. Как отмечает Тевриз: "В конечном счете, преодоление вспышек гнева сводится к необходимости принимать на себя ответственность и за свои эмоции и за свои действия: нужно отказаться, например, от соблазнов не сдавать позиций при упреках или ярости, или молчаливой обиде" (Tavris, 1982).

Искусство слушать

Многие ошибочно считают, что хороший слушатель это тот, кто просто сидит на стуле и не открывает рта. Однако на самом деле способность правильно и активно слушать - процесс сложный. Мы приводим несколько конкретных рекомендаций, из которых будет видно, каким должен быть настоящий слушатель.

1. Чтобы хорошо слушать, необходимо быть внимательным. Если вы собираетесь слушать и одновременно занимаетесь чем-то другим, например смотрите телепередачу или читаете, ваш партнер сочтет, что вам неинтересно то, о чем он говорит. Кроме того, слушая "в пол-уха", вы скорее всего не уловите какие-то детали или нюансы в сообщении вашего партнера (вербальном или невербальном), которые могут иметь решающее значение для общего смысла сказанного.

2. Слушать надо активно, а не пассивно. Тот, кто хорошо слушает, показывает говорящему, что коммуникация между ними продолжается, даже если оба в течение какого-то времени молчат. Это можно сделать, посмотрев в глаза друг другу, кивнув головой или задав вопрос, чтобы прояснить что-то, не прерывая речь вашего партнера.

3. Хороший слушатель терпелив. Люди, как правило, пускаются в интимные рассуждения, лишь убедившись сначала в том, что их партнер готов к разговору. Если же они чувствуют, что поторопились, то либо прекращают разговор (возможно с недовольством), либо бывают вынуждены донести свою информацию в нескладном и неполном виде. Терпеливый слушатель понимает, что немного ободрив партнера в начале разговора, можно заложить основу для более содержательного диалога в дальнейшем. Но в то же время необходимо воздержаться от соблазна встревать с собственными комментариями до того, как собеседник полностью изложит свою информацию.

4. Хороший слушатель не должен придавать слишком большого значения отдельному слову или фразе и реагировать на них, не дослушав партнера до конца. Это особенно важно при разговорах на сексуальные темы, где такие ключевые слова, как "оргазм" или "удовлетворение", могут спровоцировать эмоциональную реакцию. Один мужчина был так взволнован и раздосадован, когда его жена упомянула о частоте их половых актов, что все его мысли направились на то, чтобы защитить себя от упреков; при этом до него не дошел истинный смысл ее слов: на самом деле жена говорила ему, что секс доставляет ей теперь больше удовольствия, чем когда-либо прежде.

5. Хороший слушатель старается вникнуть в то, что ему говорят, а не подходит к разговору с предвзятыми представлениями о том, что может быть сказано.

6. Хороший слушатель "настроен на волну" своего партнера, даже если не предполагалось никакого разговора. Иногда самые важные разговоры происходят экспромтом, в самое, казалось бы, неподходящее время. Если вы не готовы к такой возможности и не восприимчивы к тому, что вам говорят, вы серьезно подрываете свои шансы на спонтанную коммуникацию, которая часто бывает самой ценной.

7. Слушая партнера, не обязательно соглашаться со сказанным; на самом деле полезно и не соглашаться. Следует понимать, что ваш партнер выражает свои ощущения, которые могут значительно отличаться от ваших собственных.

Вдобавок ко всему, нельзя забывать, что роль слушателя не сводится к полному молчанию. Чаще всего интимная коммуникация предполагает своего рода диалог, в котором слушатель дает понять, что он воспринимает, задавая вопросы и пересказывая общий смысл сообщения, чтобы удостовериться, правильно ли он его понял. Это может происходить примерно следующим образом:

Дэн: Я понял, что тебя беспокоит наша половая жизнь. Я не знаю, что тебе сказать, - это было для меня неожиданным.

Джейн: Хорошо, я просто хочу, чтобы ты немного подумал об этом, а не ответил сегодня вечером.

Дэн: Может быть тебя главным образом беспокоит то, что секс стал для нас слишком механическим?

Джейн: Ну, отчасти это, но кроме того, мне становится скучновато.

Дэн: Так ты считаешь, что надо подумать о том, как сделать секс более занимательным и нежным?

Джейн: Да, именно это я имела в виду.

Обратите внимание, что в этом диалоге, когда Дэн уточняет смысл сказанного Джейн, а затем перефразирует ее слова, он не пользуется языком "Я". Дэн говорит не о себе; поскольку он пытается выяснить "Я"-сообщение Джейн, все, что он говорит, сосредоточено на ней, а не на нем самом. В искусство слушателя входит умение не только слушать, но и вовремя ответить.

Разговоры о сексе

Коммуникация о сексе не всегда требует слов, однако нередко они бывают нужны, например, чтобы объяснить партнеру, что именно важно для вас или просто приятно в сексуальном плане. Между тем многие люди особенно нерешительны, когда приходится говорить о сексе; возможно, это объясняется смущением, страхом быть отвергнутым или же опасением, что разговоры помешают занятию сексом.

В детстве большинству из нас запрещали говорить о сексе и многие так и не научились словам, относящимся к анатомии половых органов. Таким образом, нерешительность, охватывающая человека при разговорах о сексе, ведет начало от запретов, существовавших в детстве.

Нам трудно говорить о сексе даже со своим партнером еще и вследствие существующих в нашем обществе канонов, в частности того, по которому мужчина предстает как эксперт по сексу, а женщина - как пассивная и наивная участница.

Я встречалась с Ларри три или четыре месяца, пока не решила, что должна поговорить с ним о сексе. Я не получала удовольствия от наших встреч, так как все происходило слишком быстро и грубо. Но всякий раз, когда я пыталась заговорить на эту тему, у меня буквально перехватывало горло и я отступала. Наконец, я написала ему письмо, лед был сломан и мы очень легко все преодолели. (Из картотеки авторов)

У нас с Нэнси возникли некоторые проблемы с нашей половой жизнью примерно через год после того, как мы поженились, но я как-то не мог решиться поговорить с ней об этом. Я считал, что мне полагается знать, в чем проблема и как ее решить, поскольку я мужчина и более опытен. Прошло три года, прежде чем мы встретили человека, который помог нам все наладить. (Из картотеки авторов)

Многим парам бывает трудно говорить о сексе (Sarrel, Sarrel, 1979; Barbach, 1982), поэтому неудивительно, что люди часто мирятся с нескладными или неудовлетворяющими их сексуальными отношениями и не говорят открыто о своих желаниях. А между тем разговоры о сексе, как любые другие формы общения, можно облегчить, если немного подумать об этом и приложить некоторое старание. Вот несколько советов, которые могут оказаться полезными.

1. Поговорите со своим партнером о том, как и когда было бы удобнее всего обсудить с ним сексуальные проблемы. Скорее всего вы с удивлением обнаружите, что ваш партнер тоже не решается обсуждать эти проблемы и что просто заговорив в открытую, вы оба получили прекрасную возможность сбросить напряжение; при этом удастся также решить, когда вам будет легче всего поговорить о сексе. Некоторые избегают "немедленного" анализа сразу после полового акта, по мнению других, это прекрасное время для разговора, поскольку события и ощущения совершенно свежи в их памяти. Какое бы время вы не выбрали, главное, чтобы ваш партнер знал, что вас интересуют и его впечатления - только в этом случае он сможет высказаться, не боясь, что вы воспримете какие-то слова как упрек.

2. Учтите возможность использовать книги или другие источники информации, чтобы начать обсуждение. Такой подход дает партнеру возможность поговорить о прочитанном или увиденном и связать это с тем, что нравится или не нравится им самим. При этом обмен мнениями более абстрактен: обсуждение касается не только сексуальных действий, но в неменьшей степени и общих представлений о сексе, а потому его уровень таков, что едва ли в нем звучат фразы типа "Мне не нравится, когда ты трогаешь меня в этом месте". Однако не следует забывать, что книги, которые вы читаете, не всегда соответствуют

вашим представлениям и потребностям, так что некоторые рекомендации могут показаться вам оскорбительными или неподходящими.

3. В своих разговорах о сексе используйте "Я"-язык как можно больше и старайтесь не упрекать своего партнера за свои собственные реакции (или их отсутствие).

4. Помните, что если ваш партнер отказывается от каких-либо сексуальных действий, которые могли бы вам понравиться, это вовсе не значит, что он плохо к вам относится.

5. Помните, что сексуальные чувства время от времени изменяются. Узнав, что вашему партнеру нравится, когда ему лижут мочку уха, очень соблазнительно автоматически делать это при каждом половом акте; более того, вам кажется, что в таком случае вас не станут обвинять в забывчивости. Но дело в том, что бесконечное повторение одних и тех же действий может наскучить, а иногда становится даже неприятным. Вместе с тем возможно и другое: у партнера, которому никогда не нравилась какая-либо форма сексуальной стимуляции, например оральный секс, вдруг возникает неудержимое стремление к этому. Проявляйте гибкость в претворении в действие своих разговоров о сексе, будьте готовы к изменениям, когда они необходимы и желательны.

6. Не пренебрегайте невербальными средствами сексуальной коммуникации, поскольку часто они выразительнее слов. Не бойтесь показать партнеру, какие именно ласки доставляют вам удовольствие: сильное или очень легкое поглаживание, энергичный или медленный массаж, чередование прикосновений разной силы или продолжительности. Поскольку часто бывает трудно выразить свои предпочтения словами, положите свою руку на руку партнера и покажите, что вам хочется. Это не только идеальное "Я"-сообщение - оно избавит партнера от необходимости угадывать ваши желания.

7. Не ожидайте совершенства. Интимные отношения могут зайти в тупик, если партнеры полагают, что каждый половой акт должен превращаться в запоминающееся страстное переживание. Постарайтесь понять, что точно так же, как изменчивы настроение и острота физических ощущений, так и связанные с сексом эмоции могут меняться в широких пределах - от экстатического исступления до полной неудовлетворенности. В тех случаях, когда секс оказался не на высоте, совершенно необязательно анализировать, что произошло; гораздо полезнее поговорить с партнером, чтобы убедиться, что вы оба относитесь к сексу вполне реалистически, а не находитесь в плену каких-то невозможных фантазий, которые могут привести только к разочарованию. Важно понять, что разговор с партнером о сексе не должен быть "разовым мероприятием". Подобно всем формам интимной коммуникации, диалог между партнерами должен происходить постоянно; он дает возможность лучше узнать друг друга и устранять возможные недоразумения или неуверенность.

Если партнер не обсуждает с вами совершенно открыто ваши сексуальные отношения, несмотря на многократные попытки вовлечь его в такой разговор, то отнестись к этому можно по-разному; так, если вы в общем довольны своей половой жизнью с этим партнером, то, вероятно, нет настоятельной необходимости обсуждать с ним сексуальные проблемы. До тех пор, пока вы чувствуете, что он прислушивается к вашим просьбам, самым мудрым решением будет уважать его молчание. Но если ваша половая жизнь не удовлетворяет вас (по какой бы ни было причине), попытка откровенного разговора безусловно оправданна. Некоторые пары, которым такой разговор с глазу на глаз не удается, обращаются к сексопатологу или консультанту, которые могут выявить причину нежелания вести разговор о сексе и посоветуют способы решения подобных проблем.

Сказать "нет" трудно

По традиционному сценарию, мужчине надлежит сделать первый шаг в сексуальных отношениях, а женщине - установить их границы. В тех случаях, когда оба партнера стремятся к близости, развитие событий по такому сценарию может привести к полному взаимному удовлетворению, однако во многих случаях один партнер хочет близости, а другой нет. До сих пор никто не пытался исследовать, что же происходит в таких случаях.

Чтобы пролить свет на эту ситуацию, мы провели интервью с тремя группами людей. Первая включала 75 супружеских пар, состоящих в браке (причем все - в первом браке) от 5 до 20 лет. Средний возраст мужчин был 34,2, женщин - 31,7 года. Во вторую группу вошли 75 гетеросексуальных пар, никогда не вступавших в брак и проживших вместе не менее одного года. Средний возраст мужчин в этой группе составлял 28,5, женщин -27,1 года. В третью группу входили 75 гетеросексуальных пар, связанных романтической любовью, но не живущих вместе. Средний возраст мужчин составлял 22,9, женщин - 22,0 года.

Целью интервьюирования было выяснить, как часто в этих группах имели место нежеланные половые сношения. Мы определили (для данного исследования) нежеланное половое сношение как ситуацию, в которой один из партнеров решительно не хотел участвовать в половом акте, но с неохотой согласился, чтобы удовлетворить желание другого партнера.

Результаты оказались очень интересными. Частота нежеланных половых актов в год, предшествовавший проведению интервью, была наивысшей у супружеских пар, составив почти 25% всех актов для женщин, и 15% для мужчин. Во второй группе эти показатели были гораздо ниже: только в 10% для женщин и в 8% для мужчин. (Здесь нужно сделать примечание: у пар, сожительствующих в течение 4 лет и более, частота нежеланных половых актов была вдвое выше, чем у остальных пар этой группы; отсюда следует, что чем дольше люди живут вместе, тем реже у них возникает сексуальное желание.) В третьей группе нежеланные акты были редки: примерно в 6% случаев у женщин и лишь в 1% случаев у мужчин.

Причины, которыми представители всех трех групп, как мужчины, так и женщины, объясняли свое нежелание участвовать в сексе, были удивительно однообразными. На первом месте была усталость; за ней следовали (в нисходящем порядке для всех групп): физическое недомогание, напряженность, озабоченность или ссора с партнером. Как ни странно, лишь очень немногие выдвигали в качестве главной причины скуку или неудовлетворенность сексом.

Далее мы пытались установить, что заставляло людей соглашаться с желаниями своих партнеров. Выявились три главных причины. Многие относились к этому как к своего рода компромиссу, который, по их мнению, партнер сочтет "подарком" или "актом доброй воли", что даст им в дальнейшем право выбора ("ты в долгу передо мной" или "я тебе - ты мне"). Другие говорили, что обычно бывает проще уступить, чем создавать напряженность во взаимоотношениях или начать ссориться. Иными словами, согласие заняться сексом рассматривалось как средство сохранить мир. Реже выставлялось встречное требование: "Я соглашаюсь, но ты должен(на) проделать все сам (сама)"; это происходило в случаях, когда уступивший партнер чувствовал себя особенно обиженным.

В заключение следует сказать о двух других моментах. Как, вероятно, и следовало ожидать, в большинстве случаев вынужденный секс приносил партнерам мало радости.

Однако в 20% таких половых актов партнер, изначально не желавший заняться сексом, вдруг получал от него большое удовольствие. Такого рода "неожиданность", несомненно, служит одной из причин, по которой люди говорят партнеру "да", когда на самом деле хотят сказать "нет".

Выводы

1. Интимная близость (интимность) - это непрерывный процесс, при котором два любящих человека совместно действуют и со всей возможной откровенностью делятся своими чувствами, мыслями, опытом и планами в атмосфере взаимного благожелательства, преданности и доверия.

2. Развивать интимные отношения с другими людьми гораздо легче, если человек сначала в известной степени поймет и примет самого себя. (Однако в этом ему также могут помочь интимные отношения.)

3. Как правило, люди открываются друг перед другом тем полнее, чем теснее интимная близость между ними. Однако слишком большая или слишком быстро предлагаемая откровенность может иногда отпугнуть другого человека, а не способствовать созданию интимных отношений.

4. Имеющиеся данные (возможно, несколько ограниченные, что связано с нашей оценкой интимности) показывают , что женщины создают интимные отношения более умело и чувствуют себя в них более уверенно, чем мужчины. Однако потребность в интимной близости у обоих полов, по-видимому, одинакова.

5. Иногда достижение интимности затрудняют застенчивость, агрессивность, самовлюбленность, эгоизм, неспособность к сопереживаниям или нереальность возлагаемых на нее надежд. Препятствовать развитию интимных отношений или ограничивать их может страх близости: этот страх иногда вызван недоверчивостью, боязнью оказаться отвергнутым или утратить самостоятельность, т.е. возможность контролировать отношения.

6. Псевдоинтимность маскируется под истинную интимность, однако она выдает себя разного рода манипулированием, иждивенчеством, нежеланием связывать себя обязательствами, ложью и другими негативными проявлениями, препятствующими созданию отношений, которые удовлетворяли бы обоих партнеров.

7. В развитии и поддержании интимной близости важную роль играет коммуникация. Для эффективной коммуникации необходимо, чтобы любое сообщение было четко сформулировано и без искажений воспринято. Коммуникация может происходить на вербальном (словесном) или невербальном (прикосновении, позы, жесты) уровнях.

8. Неэффективность коммуникации обусловлена обычно тем, что люди говорят не то, что имеют в виду, или их высказывания противоречивы и плохо сформулированы. Такие высказывания заставляют слушателя угадывать их смысл, что нередко приводит к ошибочным заключениям.

9. Наиболее действенны невербальные формы коммуникации - модуляции голоса, выражение лица, жесты и поза. При несоответствии между вербальным и сопровождающим его невербальным сообщениями люди обычно придают больше веса невербальной информации.

10. В интимных отношениях наилучшей формой коммуникации может быть самовыражение с четким формулированием своих чувств, намерений и т.д. и соответственно принятием ответственности за самого себя. Начиная фразу со слова "Я", собеседник имеет возможность удержаться на этом и избежать "Ты"-высказываний, которые могут содержать упрек или обвинения, и "Мы"-высказываний, которые часто бывают неверны по своему содержанию и допущениям.

11. Один из аспектов интимности, которым часто пренебрегают, - это необходимость постоянно говорить партнеру о своей любви к нему. Некоторые люди, если они не слышат выражений любви, начинают думать, что отношения с ними поддерживают по привычке или их вообще не любят, а это может подорвать прочность отношений.

12. Гнев обычно вырастает из оскорблении или обиды. Иногда полезно выплеснуть гнев наружу, однако часто бывает лучше предотвратить вспышку, разобравшись в ее причинах, и погасить ее на ранних стадиях. Гнев обычно искажает коммуникацию.

13. Умение хорошо слушать (значительная часть эффективной коммуникации) зависит от нескольких факторов, в том числе от безраздельного внимания к говорящему, терпения, старания ничего не вырвать из контекста и все правильно понять. Хороший слушатель может не соглашаться со своим партнером, но должен реагировать на сказанное, переспрашивать, когда что-то неясно, и пересказывать выслушанное с целью убедиться, что все понято правильно.

14. Хотя разговоры о сексе, в сущности, мало чем отличаются от разговоров на другие интимные темы, многим трудно говорить о нем; это объясняется запретами, внушенными в детстве, смущением или другими причинами. Люди, находящиеся в интимных отношениях, должны стараться говорить друг с другом о сексе откровенно и честно, используя те подходы, которые представляются им наиболее удобными. Обмен информацией о сексуальных ощущениях, желаниях и т.д. - с помощью слов и невербальным путем - позволяет во многих случаях укреплять сексуальную близость.

Вопросы для размышления

1. Существуют ли, по вашему мнению, большие различия в характере интимности при сексуальных и несексуальных отношениях? Иными словами, с кем легче быть в интимной близости - с приятелем или с любовником? Имеет ли значение обстановка, в которой происходят любовные свидания?

2. В этой книге утверждается, что надежные данные, которые бы свидетельствовали о различных уровнях или типах мотивации к интимной близости у мужчин и женщин, отсутствуют. А как вы считаете, существуют ли такие различия? Объясните.

3. Как быть, если человек, остро нуждающийся в интимности на вербальном уровне, связан любовными или брачными узами с человеком, которому трудно выражать свои чувства словами? Следует ли вообще что-либо предпринимать?

4. Одинаково ли легко (или трудно) высказывать своему партнеру одобрение или неодобрение его действий? Почему? Как бы вы отнеслись к ситуации, когда ваш партнер сказал вам что-то негативное или нелестное о сексе с вами? Мотивируйте ответ.

5. До какой степени следует посвящать нового партнера в свое прошлое? Всегда ли хорошо скрывать важные аспекты своего сексуального опыта от партнера, с которым вы

хотите вступить в интимную близость? Всегда ли честность может быть наилучшей политикой?

6. В этой книге советуется не проявлять максимализма, ожидая идеальной интимной близости. Но какова будет ваша реакция, если человек, с которым, как вам казалось, вас связывают интимные отношения, обманет ваше доверие? Следует ли считать, что такое иногда случается, и относиться к этому спокойно? Или же бесчестный поступок, по определению, означает, что отношения на самом деле вовсе не интимные?

Глава 14. СЕКС В ОДИНОЧКУ

Мужчина, 28лет. Впервые я ощутил явное сексуальное возбуждение в 12 или 13 лет при чтении книги сексуального содержания. Я прятал эту книгу от родителей и закладывал "интересные места" бумажками. Вероятно, я перечитал все это тысячу раз. (Из картотеки авторов)

Женщина, 30 лет. Я пошла в кино со своим парнем на фильм типа "кино не для всех", и картина мне так понравилась, что я пошла на нее еще раз одна. (Из картотеки авторов)

Женщина, 21 год. Когда мне было 13 лет, я обнаружила, что трение гениталий о подушку вызывает у меня сексуальное возбуждение и достигала таким образом оргазма множество раз. О том, что это была мастурбация, я узнала лишь в колледже. (Из картотеки авторов)

Тема секса в одиночку долгое время была под запретом и видимо поэтому окружена множеством мифов. Распространено убеждение, что говорить о мастурбации неприлично; сами акты мастурбации обычно совершаются тайно, с постоянным страхом, что это может обнаружиться. Многие считают также постыдными и аморальными сексуальные фантазии, и их появление приводит в замешательство и в разлад с самими собой. В результате люди не получают точной информации на эти темы.

Несмотря на все тревоги, создаваемые установками нашей культуры, постепенно появляются ростки нового отношения к разным формам секса в одиночку (называемого иногда аутоэротической активностью). Многие авторитеты уже не клеймят мастурбацию и сексуальные фантазии как низменные или недостойные формы полового поведения, а считают их нормальной частью полового развития (Gaspaille, 1975; De Martino, 1979; Friday, 1980; Constantine, Martinson, 1981). Феминистка Бетти Додсон заняла еще более жесткую позицию: "Мастурбация первична в половой жизни. Это основа секса. Все, что мы делаем помимо нее, - просто способ социализации нашей половой жизни" (Dodson, 1974). Использование мужчинами и женщинами сексуальных фантазий и эротической литературы, иллюстраций или кинофильмов в настоящее время распространено гораздо шире, чем в прошлом. В известном смысле секс в одиночку вышел из чулана; он даже прославился как первичный источник нашего сексуального самосознания. В этой главе мы обсудим некоторые аспекты сексуального поведения без партнера.

Мастурбация



"Почему они называют это самоосквернением? А мне понравилось!"

"Плейбой", март, 1984.

Мастурбацию можно определить как способ доставить сексуальное удовольствие самому себе с помощью той или иной формы физической стимуляции. Чаще всего мастурбация производится путем растирания, поглаживания, сжимания или какого-либо иного воздействия на гениталии; однако ее можно производить и путем самостимулирования других частей тела - груди, внутренней поверхности бедер или анального отверстия. Термин "мастурбация" относится к акту самостимулирования, независимо от его результата, т.е. стимуляцию можно назвать мастурбацией, даже если она не завершается оргазмом.

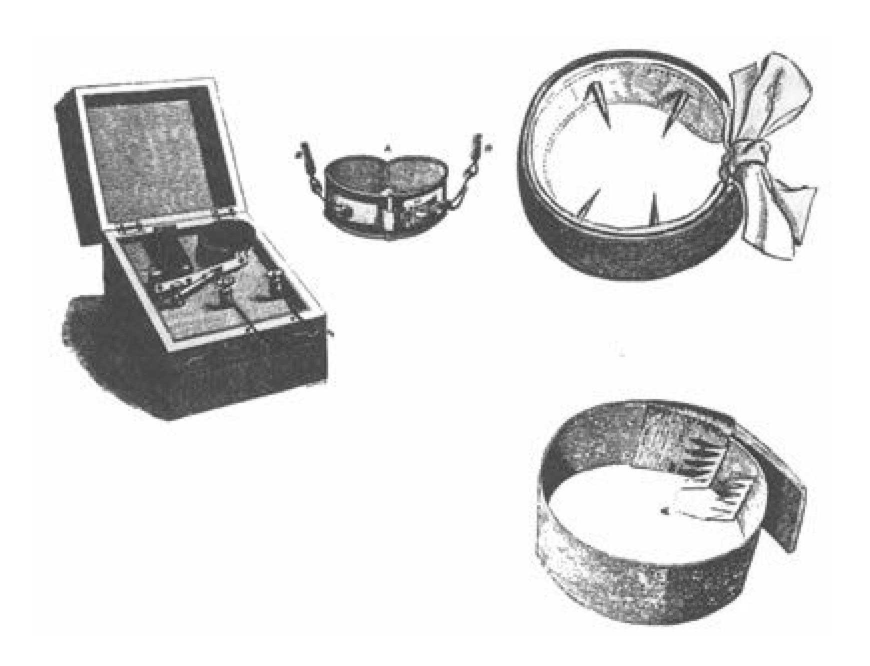
В этой книге мы намеренно называем мастурбацией только сексуальную самостимуляцию. Стимуляция, производимая партнером, будучи во многом с ней сходна, содержит элемент межличностного взаимодействия, а потому эти понятия желательно разграничить. Хотя самостимуляция может быть составной частью половой активности с участием партнера, нас в этой главе интересует главным образом мастурбация как сугубо индивидуальная активность.

Как уже было сказано, и мужчины, и женщины часто начинают мастурбировать в детстве и обычно продолжают делать это в течение всей жизни. Самостимуляция наблюдается и в животном мире, например у многих видов обезьян, а также других млекопитающих (Ford, Beach, 1951).

Самцы дикобраза, например, в состоянии полового возбуждения ходят на трех ногах, а одну из передних лап держат на гениталиях... Самцы слонов иногда манипулируют своим полуэрегированным половым членом при помощи хобота... Кобели и коты регулярно облизывают свой фаллический орган, причем нередко это сопровождается конвульсивными движениями таза, что свидетельствует о стимулирующем воздействии возникающих ощущений... Среди находящихся в неволе дельфинов один из самцов имел привычку помещать свой эрегированный половой орган в струю воды, а другой [дельфин] терся набухшим половым органом о дно бассейна.

Несмотря на кажущуюся "естественность" мастурбации с эволюционной точки зрения, в большинстве обществ мастурбация у взрослых людей не одобряется. Для того чтобы понять, как в американском обществе сформировалось отрицательное отношение к мастурбации, обратимся к истории.

Исторические сведения



Приспособления для борьбы с мастурбацией, применявшиеся в XIX в.

Происхождение слова мастурбация не вполне ясно, хотя оно существовало еще у древних римлян. Прежде считали, что оно происходит от латинских слов manus (рука) и stupro (осквернять), однако теперь полагают, что у этого слова греческий корень - mezea (гениталии) и оно означает "возбудить гениталии" (Bullough, Bullough, 1977).

Древние греки и римляне относительно редко упоминали мастурбацию, хотя Гиппократ (греческий врач, считающийся отцом медицины) отмечал, что чрезмерная потеря семенной жидкости вызывает истощение (Haller, Haller, 1977). Несмотря на то, что в Библии нет ясно выраженного запрета этой формы сексуальной активности, и традиционный иудаизм, и христианская религия считают мастурбацию греховной. [Историю Онана (Книга Бытия, 38:9-11), которую прежде считали эдиктом, запрещающим мастурбацию, современные ученые рассматривают как описание совершенно иного действия - прерванного полового акта. Тем не менее еще и в XX в. мастурбацию называли "онанизмом".]

Установки католической церкви не изменились и в последнее время; в одной из "Деклараций по сексуальной этике" (29 декабря 1975) Ватикан отмечает, что "мастурбация по своей истинной сущности - серьезное неправомерное действие". Далее в декларации говорится: "Даже если нельзя доказать, что в Священном писании содержится прямое осуждение этого греха, Церковь, руководствуясь своими традициями, правильно поняла, что он осуждается в Новом Завете, когда там говорится о "нецеломудренности", "непристойности" и других грехах, противопоставляемых чистоте и воздержанию".

Служители церкви иногда называли мастурбацию "противоестественным" действием, потому что оно не направлено на продолжение рода, но позднее ее стали описывать как "самообман", "самоосквернение", "растление плоти". Такое отношение к мастурбации во многом связано с работами швейцарского врача С. Тиссо (1728-1797), который стал рассматривать ее как медицинскую проблему и превратил из простого греха в заболевание, требующее лечения.

Тиссо полагал, что любая половая активность опасна, поскольку вызывает прилив крови к голове, снижая кровоснабжение других органов, вследствие чего нервы и другие жизненно важные ткани постепенно дегенерируют. В соответствии с уровнем

медицинских знаний своего времени он был убежден, что возникающее поражение нервной системы ведет к безумию. Тиссо считал мастурбацию особенно "опасной" формой сексуальной активности ввиду ее простоты и возможности начинать заниматься ею в детские годы, когда организм особенно уязвим. Кроме того, испытываемое мастурбатором чувство вины создает дополнительную нагрузку на нервную систему и увеличивает опасность нервных расстройств.

"Доказательства" теории Тиссо нетрудно было найти в психиатрических больницах, где больных либо заставали за занятием мастурбацией, либо они сами признавались в том, что занимаются этим. К тому времени, когда представления Тиссо пересекли Атлантику и распространились в Америке, средний врач был вполне готов верить, что мастурбация ведет к психическим заболеваниям, эпилепсии, угрям, потере веса, снижению умственных способностей, слабости, летаргии и, наконец, к преждевременной смерти.

Родители в отчаянии искали способы спасти своих детей от этой напасти. Врачи с удовольствием стремились помочь; ведь в конечном счете долг врача в том и состоял, чтобы положить конец мастурбации. Была затрачена масса денег и энергии на способы лечения - от хитроумных замков, поясов и других приспособлений, преграждающих доступ к гениталиям, до хирургического "лечения", после которого у пациента не оставалось почти ничего, к чему хотелось бы прикасаться.

В XIX в. американские медики с жаром боролись с мастурбацией. Битва шла в основном по двум фронтам - диета и физические ограничения. Мастурбаторам (независимо от пола) запрещали подливы, спиртные напитки, устрицы, соль, перец, рыбу, желе, шоколад, имбирное пиво и кофе, так как считалось, что они раздражают нервную систему и усиливают сексуальное желание.

Другие врачи возлагали вину на тесную одежду, на трение о простыни, на прикосновение к гениталиям во время мочеиспускания и при купании детей нянями или родителями. Если после удаления из диеты раздражителей, а из шкафов тесной одежды мастурбация продолжалась, то принимались крутые меры. Врачи предписывали такие способы лечения, как смирительные рубашки на ночь, обертывание ребенка в холодные влажные простыни, чтобы "остудить" желание, или привязывание рук к кроватке. Патентное бюро США выдало несколько патентов изобретателям приспособлений, напоминавших средневековые пояса целомудрия, которые не давали детям возможности прикасаться к своим гениталиям. Родители могли запереть эти хитроумные "клетки для гениталий" на замок и спрятать ключ (рис. 14.1). В начале XX в. в продаже имелись металлические рукавички, удерживавшие маленьких детей от игры со своими гениталиями, а также колокольчики, звеневшие в спальне родителей, когда в кроватке ребенка начиналось движение (Lo Piccolo, Heiman, 1978).

Тем, кто искал более кардинальное решение проблемы (всевозможные приспособления, пояса и металлические рукавички приходилось снимать во время купания, вводя тем самым ребенка в искушение), врачи предлагали другие методы: пиявки на область гениталий, чтобы отсосать кровь и устранить гиперемию, вызывавшую сексуальное желание; прижигание ткани гениталий электрическим током или раскаленным железом (полагали, что это убьет нервы и понизит чувствительность и вожделение). Крайние меры - кастрация и удаление клитора - были очень популярны в 1850-1860-е гг. Медицинские журналы США в середине 1800-х годов сообщали также, что кастрация часто успешно излечивала психозы.

С начала 1900-х гг. американское медицинское общество постепенно стало понимать, что мастурбация не может быть причиной угрей или психоза. Несколько смелых врачей даже рекомендовали женщинам мастурбировать, чтобы снять истерию, а мужчинам заниматься мастурбацией, вместо того чтобы ходить к проституткам (с риском заражения венерическими болезнями). Однако еще совсем недавно, в 1930 г., один из авторитетных медиков продолжал предостерегать от опасности "онанизма", таящейся в таких действиях, как лазание по канату, езда на велосипеде или кручение швейной машины. Он настаивал, что "этот путь ведет к слабоумию и преждевременной старости", "утрате духа, потере памяти, зависимости", "апатии", "раздражительности, головным болям, невралгиям, ухудшению зрения" и т.п. (Scott, 1930).

Современные взгляды

К тому времени, когда появились отчеты Кинзи (1948, 1953), взгляды на мастурбацию со стороны как общества, так и профессионалов значительно отошли от существовавших в начале нашего века. Однако какие-то отголоски прежних представлений сохранились до сих пор: даже сегодня некоторые люди полусерьезно считают, что мастурбация может привести к росту "волос на руках" или деформации гениталий: другие убеждены, что мастурбация ведет к стерильности, половой дисфункции, утомляемости и потере памяти.

Судя по результатам исследований, проведенных за последние 20 лет, к мастурбации стали относиться гораздо спокойнее, чем прежде. По данным Ханта (M. Hunt, 1975), опубликованным в журнале "Плейбой", из шести опрошенных мужчин и женщин в возрасте от 18 до 34 лет только один относился к мастурбации как к чему-то порочному. Среди мужчин и женщин 45 лет и старше примерно одна треть относилась к мастурбации отрицательно. При опросе 230 студентов и 205 студенток оказалось, что большинству из тех, кто не занимался мастурбацией, просто не хотелось делать это. Среди последних 32% мужчин и 14% женщин считали мастурбацию напрасной тратой времени, аморальной или пошлой. Только небольшая доля тех, кто не занимался мастурбацией, называли причиной своего "воздержания" чувство вины, запрет или религиозные убеждения. По данным другого опроса, 40% немастурбировавших студентов воздерживались от мастурбации, потому что считали ее аморальной (Atwood, Gagnon, 1987).

Как уже говорилось в гл. 9, многих подростков все еще волнуют возможные воздействия мастурбации на их здоровье. Это юмористически описал Филип Рот в своем романе "Portnoy's Complaint":

Это случилось к концу первого курса колледжа и первого года занятий мастурбацией: я вдруг обнаружил на нижней стороне своего члена, там, где его тело переходит в головку, небольшое бледное пятнышко; как потом оказалось, это была веснушка. Рак. Я сам вызвал у себя рак. Вся эта возня с собственной плотью, все эти потирания и сжимания привели к неизлечимой болезни. А мне нет еще и четырнадцати! Ночью, в постели, я обливался слезами. "Нет", говорил я, задыхаясь от рыданий. "Я не хочу умирать! Пожалуйста, не надо!" Однако, если мне все равно суждено очень скоро стать трупом, то я буду вести себя по-старому.

В наши дни к мастурбации относятся спокойнее, чем когда-либо в прошлом, однако она продолжает вызывать некоторые сомнения.

1. Мастурбация греховна. Такой взгляд, разумеется, определяется моральными или религиозными убеждениями и является сугубо личным делом. В нескольких

исследованиях было установлено, что глубоко верующие люди мастурбируют реже, чем неверующие или имеющие менее прочные религиозные убеждения (De Martino, 1979).

2. Мастурбация противоестественна. Логику подобного утверждения понять трудно. Если под естественностью понимать то, что происходит в природе, то оно неверно, поскольку мастурбация наблюдается у многих животных, а также, как показывают многочисленные данные, в младенчестве и раннем детстве.

3. Мастурбация может быть одним из компонентов процесса созревания, но если мастурбацией занимаются взрослые люди, это свидетельствует об их психологической незрелости. По теории Фрейда, мастурбация взрослых людей служит симптомом психосексуальной незрелости, за исключением тех случаев, когда она заменяет гетеросексуальный половой акт по причине отсутствия партнера (Marcus, Francis, 1975). Сегодня большинство специалистов считают, что мастурбация у взрослых - законная форма сексуальной активности (см., например, Hite, 1977; De Martino, 1979; Peters, 1988; Calderone, Johnson, 1989). Расхождение между этими двумя точками зрения обусловлено различными представлениями о психологической зрелости; в то же время нет никаких данных, которые бы подтверждали, что мастурбирующие взрослые люди менее зрелые, чем немастурбирующие. Некоторые специалисты полагают, что мастурбацию можно объяснять "незрелостью" лишь в тех случаях, когда, несмотря на полную доступность других возможностей, человек прибегает исключительно к ней (Ellis, 1965). Тем не менее многие студенты не одобряют мастурбацию, считая ее плохой заменой партнерского секса.

4. Мастурбация может войти в привычку и помешать развитию нормального сексуального поведения. Большинство сексологов и психотерапевтов считают подобные заявления возвратом к мышлению XIX в. Накапливается все больше данных о том, что отсутствие опыта мастурбации может создать психосексуальные проблемы, такие, как нарушение эрекции или аноргазмия (Barbach, 1975; Hite, 1977; De Martino, 1979; Money, 1980) и во многих программах по оказанию сексологической помощи центральное место занимает разъяснение того, что такое мастурбация (Lo Piccolo, Lobitz, 1972; Barbach, 1975, 1980; Kaplan, 1974, 1989; Heiman, Lo Piccolo, 1988).

Кроме того, теперь стало ясно, что мастурбация имеет ряд дополнительных преимуществ. Например, она дает реальный (и доставляющий удовольствие) выход сексуальным потребностям людям, не имеющим партнеров, в том числе пожилым. Она может помочь также в случае, когда сексуальные потребности человека в данный момент превышают потребности его партнера. В эру СПИДа это одна из главных форм безопасного секса (Kaplan, 1987; Money, 1988). Наконец, мастурбация часто может быть приятным способом снять напряжение и расслабиться.

Техника мастурбации

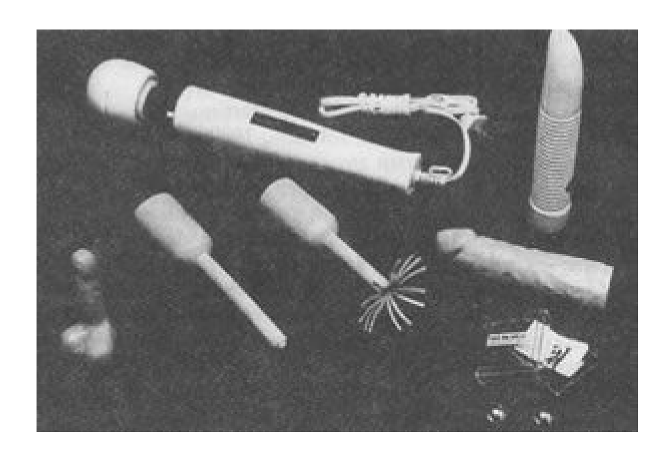
Люди используют весьма разнообразные способы сексуального самоудовлетворения. Некоторые постоянно пользуются одним и тем же способом, лишь с небольшими вариациями. Другие экспериментируют, пробуя разные способы, иногда останавливаясь на нескольких наиболее удачных, а иногда продолжая придумывать все новые.

Мастерс и Джонсон (1966) отмечают, что среди изученных ими женщин не оказалось двух таких, которые мастурбировали бы совершенно одинаковым образом. Даже если характер самостимулирования в общих чертах был сходен, ритм, скорость и стиль были в каждом

случае свои. У мужчин способы мастурбации в целом менее разнообразны, но и у них встречаются некоторые усовершенствования и особенности стиля.

Полное описание всех способов мастурбации заполнило бы целую книгу, которая к тому же была бы скучной. Поэтому мы рассмотрим лишь обычные способы с краткими упоминаниями о некоторых интересных вариациях.

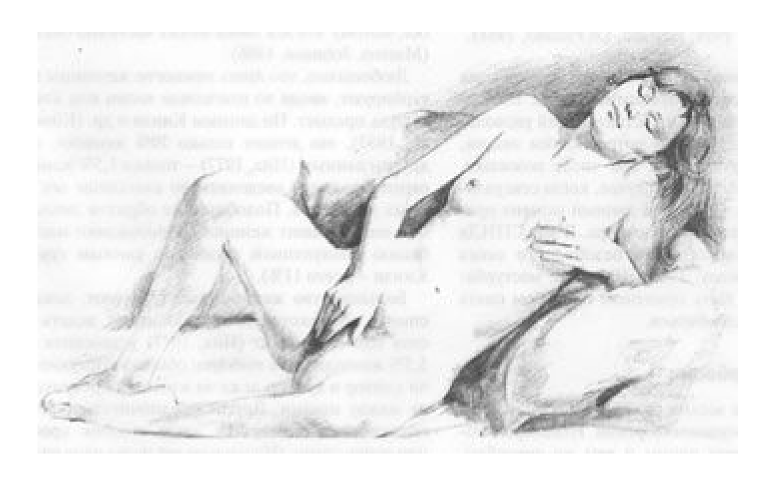
Мастурбация у женщин



Вибраторы, дильдо и вагинальные шарики

Самая распространенная среди женщин форма мастурбации состоит в стимуляции клитора, лобка или половых губ поглаживанием, потиранием или надавливанием руками (Masters, Johnson, 1966, 1979; Fisher, 1973; Hite, 1977). Стимуляции клитора можно достигнуть, потирая или поглаживая его тело, оказывая давление на лобок или оттягивая половые губы. Головку клитора массируют редко, так как это вызывает боль. Если надолго сосредоточить стимуляцию в какой-то одной точке клитора, то приятные ощущения часто становятся слабее, потому что эта точка может частично онеметь (Masters, Johnson, 1966).

Любопытно, что лишь немногие женщины мастурбируют, вводя во влагалище палец или какой-нибудь предмет. По данным Кинзи и др. (Kinsey et al., 1953), это делают только 20% женщин, а по другим данным (Hite, 1977) - только 1,5% женщин ограничиваются введением во влагалище тех или иных предметов. Подобным же образом лишь небольшой процент женщин сопровождают мастурбацию стимуляцией груди (по данным группы Кинзи - всего 11%).



Мастурбирующая женщина.

Большинство женщин мастурбируют, лежа на спине, но некоторые предпочитают делать это стоя или сидя. Хаит (Hite, 1977) установила, что 5,5% женщин из ее выборки обычно стимулировали клитор и вульву, лежа на животе и просунув руку между ногами. Другие предпочитали тереться гениталиями о подушку, стул, столбик кровати или ручку двери. (Несколько лет назад одна из участниц нашей программы по изучению мастурбации настояла на том, чтобы принести с собой свою подушку, так как без нее она не могла мастурбировать.) Иногда женщины растирают гениталии мехом, бархатом, шелком или другими мягкими материалами.

Примерно 3% женщин мастурбируют, ритмически сжимая бедра (Hite, 1977), а некоторые предпочитают водный массаж области гениталий или промежности. Довольно часто при мастурбации используют кремы или лосьоны, но они играют второстепенную роль.

По мере того, как женщины становились более информированными и свободными в своем отношении к мастурбации, они стали все больше пользоваться ручными вибраторами, усиливающими сексуальные ощущения. Почти половина опрошенных нами женщин, занимающихся мастурбацией, пользовались вибратором раз, а 25% таких женщин предпочитают вибратор всем прочим способам самостимуляции (см. табл. 14.1). Вибраторы бывают самых разных размеров, формы и типов. Некоторые имеют цилиндрическую форму или форму полового члена, другие снабжены разными насадками, создающими различную стимуляцию. В некоторых дорогих магазинах продаются вибраторы, внешне ничем не выдающие свое назначение.

Таблица 14.1

Распространенность разных форм мастурбации среди женщин

Мануальная стимуляция области клитора/вульвы - 48%

Стимуляция области клитора/вульвы вибратором - 26%

Трение о какой-нибудь предмет - 6%

Сжимание бедер - 4%

Водный массаж - 4%

Введение во влагалище разных предметов - 10%

Разные способы - 2%

Только стимуляция груди - 0%

По данным опроса 265 женщин в возрасте 18-35 лет, проводившегося в рамках одной из программ Института Мастерса и Джонсон в 1977-1980 гг.

Вибраторы обычно прикладывают к наружным половым органам, однако некоторые женщины вводят их во влагалище и медленно передвигают вперед и назад. Во влагалище вводят и другие предметы, в том числе дильдо (резиновые изделия в форме полового члена), так называемые вагинальные шарики (два металлических шарика, вводимые во

влагалище, которые перекатываются и трутся друг о друга, создавая стимуляцию) и разнообразные другие предметы (свечи, бутылочки, огурцы). В последнее время изредка применяют электрические зубные щетки и дильдо, сделанный из льда.

Мастурбация у мужчин

Большинство мужчин мастурбируют, потирая, поглаживая или сжимая и разжимая половой член одной рукой (табл. 14.2). Стимуляция мошонки или прямая стимуляция головки полового члена встречается сравнительно редко (Masters, Johnson, 1966, 1979), хотя иногда мужчины поглаживают весь половой член сверху донизу. Некоторые (немногие) мужчины стимулируют главным образом уздечку, находящуюся непосредственно под головкой, на нижней стороне члена, а другие оттягивают и натягивают крайнюю плоть.

Таблица 14.2

Распространенность разных форм мастурбации среди мужчин (Hite, 1978)

Мануальная стимуляция полового члена - 82%

Трение о постель лежа на животе - 15%

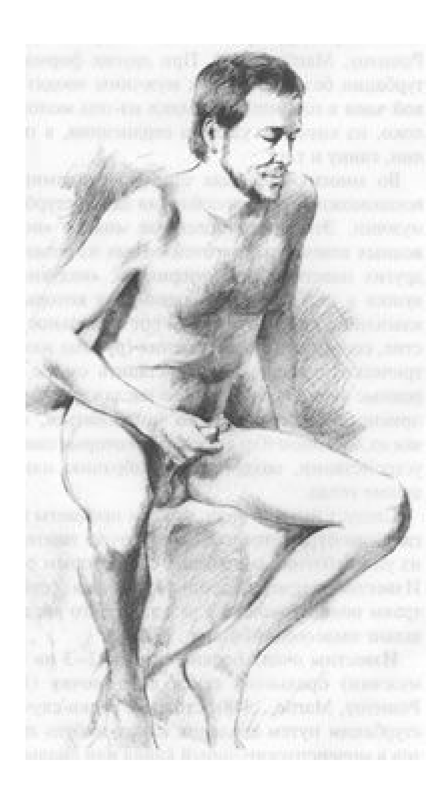
Сжимание бедер - 1%

Водный массаж - 0,5%

Самофеллация - 0,5%

В типичных случаях мужчина начинает мастурбировать с относительно медленных и легких прикосновений. С нарастанием сексуального возбуждения скорость стимуляции также возрастает, достигая максимума перед самой эякуляцией (Masters, Johnson, 1966). Во время эякуляции одни мужчины замедляют свои действия, другие крепко сжимают половой член, а третьи вообще прекращают стимуляцию.

В подростковом возрасте некоторые мальчики участвуют в групповой мастурбации, иногда соревнуясь в том, кто достигнет эякуляции раньше всех или выбросит сперму дальше всех. Других подростков (и мужчин тоже) больше заботит, как захватить эякулят в туалетную бумагу, полотенце или что-нибудь еще, чтобы не оставлять "улик" (высохшая семенная жидкость дает характерные пятна), многие занимаются мастурбацией в ванной комнате, где мыло и вода помогают справиться с этой проблемой.



Мастурбирующий мужчина.

Относительно небольшой процент мужчин предпочитают фрикции о какой-либо предмет, как, например, кровать или подушка (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948). При других формах мастурбации без участия рук мужчины вводят половой член в горлышко бутылки из-под молока, яблоко, из которого удалена сердцевина, в пластилин, глину и т.п.

Во многих журналах широко рекламируются всевозможные приспособления для мастурбации у мужчин. Это многочисленные модели "искусственных влагалищ", изготовленных из резины или других пластических материалов; "надувные девушки в натуральную величину", у которых есть влагалище, груди, открытый рот и анальное отверстие, сосущие приспособления (ручные или электрические), обещающие доставить самые изощренные формы сексуального наслаждения. Этими приспособлениями можно пользоваться, смазывая их лосьоном или кремом; некоторые снабжены устройствами, создающими вибрацию или ощущение тепла.

Следует иметь в виду, что эти предметы не всегда бывают изготовлены достаточно тщательно и их употребление сопряжено с некоторым риском. Известно также несколько случаев серьезных травм полового члена в результате его введения в шланг пылесоса (Mannion, 1973).

Известны очень редкие случаи (2-3 на тысячу мужчин) орального секса в одиночку (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948); столь же редки случаи мастурбации путем введения каких-нибудь предметов в мочеиспускательный канал или анальное отверстие.

Стимуляция груди не входит в число обычных элементов мастурбации у мужчин.

Отделяя факты от вымыслов

Интерпретация данных о мастурбации наталкивается на некоторые трудности. Кинзи и его коллеги (Kinsey, 1948, 1953) выявили сильное несоответствие в частоте мастурбации у

мальчиков и девочек подросткового возраста, но результаты более недавних исследований позволяют считать, что это различие сокращается (см. гл. 9). Сходная тенденция, возможно, существует и в поведении взрослых мужчин и женщин.

По данным Кинзи, 92% опрошенных мужчин и 62% женщин мастурбировали по крайней мере один раз в жизни. Позднее в двух разных исследованиях были получены очень сходные результаты: согласно публикации в журнале "Плейбой" (Hunt, 1975), 94% из 982 взрослых мужчин и 63% из 1044 взрослых женщин занимались мастурбацией, а по данным другой работы (Arafat, Cotton, 1974) среди 435 студентов мастурбировали 89% мужчин и 61% женщин.

Однако при еще одном опросе (Miller, Lief, 1976) 78% молодых женщин сообщили, что они занимались мастурбацией. По суммарным данным анкетного опроса, на который ответили 100 000 женщин, почти три четверти замужних женщин занимались мастурбацией со времени замужества (Levin, Levin, 1975). Дополнительные сведения о большем распространении мастурбации среди женщин в последние десятилетия приводит Хаит (Hite, 1977): из 3000 опрошенных ею женщин 82% в то или иное время занимались мастурбацией.

Возможно несколько объяснений такому росту распространения мастурбации среди женщин.

1. Отрицательное отношение к мастурбации женщин, по-видимому, смягчилось, хотя некоторые из них продолжают испытывать чувство вины или стыда, занимаясь мастурбацией.

2. Женщины стали узнавать о мастурбации в более раннем возрасте и с большими подробностями, чем в прошлом, главным образом через средства массовой информации (книги, журналы, кино).

3. Как мужчины, так и женщины стали лучше понимать, что сексуальность - один из положительных аспектов в жизни женщины. Поэтому женщины вправе активно вызывать у себя сексуальные ощущения, тем более, что в некоторых случаях их первое знакомство с мастурбацией происходит при участии полового партнера.

Несмотря на увеличение числа женщин, занимающихся мастурбацией, имеющиеся данные не позволяют считать, что женщины в целом мастурбируют так же часто, как мужчины. При широком диапазоне индивидуальных различий (некоторые женщины мастурбируют по нескольку раз в день), в целом мужчины, по-видимому, мастурбируют вдвое чаще, чем женщины (Sorenson, 1973; De Martino 1979; Atwood, Gagnon, 1987).

Кинзи и его сотрудники (1948) установили, что у юношей в возрасте от 16 до 20 лет средняя частота мастурбации составляла 57 раз в год, а в возрасте от 21 до 25 лет снижалась до 42 раз в год. У незамужних женщин в возрасте от 18 до 24 лет средняя частота составляла 21 раз в год (Kinsey et al., 1953). По данным публикации в журнале "Плейбой", мастурбационная активность женщин за последнее время, видимо, возросла: в выборке женщин от 18 до 24 лет, сравнимой с выборкой Кинзи, частота мастурбации составила в среднем 37 раз в год (Hunt, 1975).

Многие полагают, что после вступления в брак человек перестает мастурбировать. На самом деле это не так: по данным уже цитированной работы, 72% молодых мужей мастурбируют в среднем 24 раза в год, а 68% молодых жен - в среднем 10 раз в год (Hunt,

1975); в другом исследовании (Levin, Levin, 1975) сделан такой же вывод. Даже супружеские пары с большим стажем продолжают мастурбировать (Masters, Johnson, 1966; De Martino, 1979).

Большая часть старых мифов о вреде мастурбации для здоровья теперь забыта. Физическая толерантность к мастурбации (или любой другой сексуальной стимуляции) на самом деле ограничена специальным предохранительным клапаном: как только система достигает перегрузки, она одновременно отключается и не реагирует на дальнейшую стимуляцию. Никаких данных о вредном физическом воздействии мастурбации на организм не имеется, если не считать редких случаев повреждения гениталий при слишком энергичной стимуляции.

Тем не менее некоторые авторы предостерегают от "чрезмерной" мастурбации, хотя обычно не определяют значение этого термина. По-видимому, как это почти всегда бывает, "чрезмерным" называется то, что выходит за пределы собственной практики (Masters, Johnson, 1966).

Лишь очень немногие из числа наших пациентов или обследованных считали, что мастурбируют слишком часто; свое беспокойство они обычно выражали следующим образом: "Это слишком часто, потому что я состою в браке" или "это занятие мне не по возрасту". Было бы полезно, вместо того, чтобы подсчитывать частоту мастурбации, выяснить, вызывает ли она тревогу, внутренний разлад, чувство вины и обусловлена ли настоятельной необходимостью. Если такие чувства возникают, то человеку следует обратиться за профессиональной помощью, но если мастурбация дает удовлетворение и доставляет радость, то она вряд ли будет создавать проблемы.

Противоположная крайность - стремление поскорее узаконить мастурбацию - как бы подразумевает, что каждый должен мастурбировать. Конечно, нельзя допустить, чтобы люди, никогда не занимавшиеся мастурбацией, оказавшись по статистике в меньшинстве, вдруг почувствовали себя не соответствующими норме. Человек, не желающий мастурбировать, независимо от того, пытался ли он это делать или нет, обусловлен ли его выбор религиозными убеждениями, личными предпочтениями или какими-либо другими соображениями, имеет полное право на собственное решение, и никакие самопровозглашенные эксперты по сексуальному здоровью не должны заставлять его чувствовать себя виноватым или странным. Решения в области секса каждый принимает сам.

Мастурбация в студенческие годы

Среди первокурсников мастурбацией занимаются 76,8% юношей и только 31,8% девушек

• На последнем курсе мастурбируют свыше 80% студентов и только 40% студенток

• В целом юноши мастурбируют в школьные годы чаще, чем в студенческие, тогда как у девушек такой динамики не отмечается

• Только 3% студентов мастурбируют ежедневно, еще 19% - по крайней мере дважды в неделю. По данным обширного обследования, ни одна из студенток не мастурбировала каждый день и только 7% занимались этим не менее двух раз в неделю.

• Те юноши и девушки, которые не занимались мастурбацией, чаще всего объясняли это отсутствием желания и убеждением в аморальности мастурбации.

Специальное исследование

Женщина услыхала крики мужчины о помощи, и, подойди к дверям его квартиры" стала опрашивать, что случилось и чем помочь. "Выбейте двери", просил он.

"Вы шутите?"

"Вовсе нет. И, пожалуйста, поскорее".

Женщина привела двух своих сыновей и, выломав двери, они вошли в квартиру. Мужчина лежал на полу; его руки были связаны за спиной, а ноги загнуты и привязаны к рукам за лодыжки. Он совершенно обезумел, покрылся потом и прерывисто дышал; руки у него посинели, брюки были перепачканы мочой и капом. Женщина нашла на кухне нож и освободила его от пут.

Когда прибыла полиция, мужчина заявил, что он заснул на диване, а проснувшись обнаружил свою полную беспомощность. Полицейские заметили ему, что дверь квартиры была заперта на замок и никаких признаков взлома не видно. Мужчина заявил, что у него нет и никогда не было врагов и что он не может предложить никакого разумного объяснения этому нападению.

Заполняя протокол, полиция отметила" что "не исключена возможность извращенного сексуального акта". На следующий день мужчина признался, что он сам связал себя и дошел до состояния, в котором его нашли.

Спустя месяц полицию вновь вызвали в ту же квартиру. Хозяина нашли лежащим ничком на полу; голова была покрыта бумажным мешком как капюшоном; вокруг головы и рта проходила веревка, которой затем были обмотаны грудь и поясница. Затем эта веревка проходила несколько раз вдоль спины до промежности, а на лодыжках от нее остались глубокие отметины. Локти были притянуты к спине ручкой от метлы. Когда мужчину освободили, он объяснил: "Я запутался в веревке, выполняя изометрические упражнения".

Спустя два года этот мужчина в один из понедельников не пришел на работу и его нашли мертвым в его квартире.

Полиция смогла воспроизвести последние минуты его жизни. В предшествующий событию четверг он, сидя на кровати и скрестив лодыжки, связал их шпагатом. Затем обвязал шею галстуком, привязанным за его спиной к двухметровой палке от метлы. Поместив палку вдоль левой стороны так, чтобы ее верхний конец пересекал его левое плечо, он завел руки за свои согнутые ноги так, что расстояние между запястьями составляло 10 см, и связал их куском веревки. Затем он привязал веревку к палке и к электропроводу, обмотанному вокруг его талии. После этого он улегся на кровать и выпрямил ноги. Надавливая на палку, все еще привязанную к галстуку вокруг его шеи, он задушил себя. Чтобы спасти свою жизнь, ему нужно было повернуться на бок и поднять ноги вверх; но верхний конец палки уперся в стену, так что он оказался не в состоянии сдвинуться с места.

Комментарий: Усиление сексуального возбуждения путем прекращения поступления кислорода в легкие, известное под названием аутоэротической асфиксии, - один из экстремальных вариантов мастурбации. Чаще всего к нему прибегают подростки и молодые люди, жаждущие сильных ощущений; однако многие из них используют менее

сложный (но даже еще более опасный) способ,чем в описанном здесь случае - они просто вешаются (Rosenblum, Faber, 1979; Saunders, 1981).

При этом они рассчитывают провисеть совсем недолго - только чтобы успеть почувствовать очень сильное эротическое возбуждение; однако физиологический и психологический эффект удушья часто оказывается сильнее, чем они предполагали, и когда они стараются встать на поставленный рядом стул, чтобы устранить давление на шею, они иногда нечаянно отталкивают его в сторону. Специалисты по судебной психологии и полицейские так часто встречаются с подобными случаями (примерно 600-1000 непреднамеренных смертей в год), что во всех случаях "самоубийства" молодых мужчин путем повешения или самоудавления - при отсутствии предсмертной записки и на фоне разбросанных вокруг порнографических фотографий или журналов - непременно рассматривают и такую возможность (Noguchi, 1983; Hazel wood, Dietz, Burgess, 1981;lnnala, Ernulf, 1989).

По Dietz, Burgess, Hazelwood (1983), с изменениями.

Сексуальное возбуждение и сон

Как мы уже упоминали, половые рефлексы ритмически возникают и у спящего человека (см. гл. 4).

Во время сна возможны не только эрекции или увлажнение влагалища, но и оргазм. Вероятно, подобные явления не вполне правильно называть одним из типов сексуального поведения, однако такая форма секса в одиночку заслуживает обсуждения.

Поллюции

Кинзи и его сотрудники (1948) установили, что у 83% мужчин в тот или иной период жизни случаются поллюции, причем по большей части и с наивысшей частотой это происходит в юношеском возрасте. Частота поллюций, достигающая в среднем в этом возрасте одного раза в месяц, значительно снижается после 20 лет, а после 30 лет они сохраняются лишь у немногих мужчин. Группа Кинзи отмечает, однако, что доподлинно известны несколько случаев поллюций даже у 80-летних мужчин.

Поллюции играют роль физиологических "предохранительных клапанов" для разрядки сексуального напряжения, не нашедшего иного выхода. Мужчины, достигшие высокого и неснижающегося уровня сексуального напряжения, не завершившегося эякуляцией, независимо от того, как оно возникло, получают таким образом возможность разрядить это физиологическое напряжение с помощью вполне естественного рефлекса.

Женский оргазм и сон

Группа Кинзи (Kinsey et al., 1953) установила также, что женщины способны испытывать оргазм во сне. Они отмечают "Как и мужчину, женщину часто будят мышечные спазмы... следующие за оргазмом". В их выборке 37% женщин сообщили об испытанных ими оргазмах вплоть до возраста 45 лет, но только у 10% женщин оргазмы происходили каждый год. У 8% оргазмы происходили свыше 5 раз в год и только у 3% чаще, чем дважды в месяц. В более позднем обследовании 245 женщин 30% из них сообщили об оргазмах во сне, испытанных ими в прошедшем году (Wells, 1986). Некоторые результаты этого обследования заслуживают упоминания: 1) частота эротических снов у женщины не

зависела от того, испытывала ли она при этих снах оргазмы: 2) по частоте участия данной женщины в сексуальной активности того или иного типа нельзя было предсказать, будет ли она испытывать оргазмы во время сна; 3) возникновение оргазмов во сне, по-видимому, никак не было связано с тем, мастурбирует женщина или нет.

Мы установили, что почти все женщины, сообщившие об испытываемых во сне оргазмах, до этого достигали их тем или иным способом. Нескольких женщин тревожат оргазмы во сне: они опасаются, что либо мастурбировали, не сознавая этого, либо что они "сверхсексуальны". Одна замужняя женщина рассказала нам:

Был такой месяц, в течение которого оргазмы будили меня четыре или пять раз. Меня вполне удовлетворяла моя сексуальная жизнь с мужем и я практически никогда не мастурбировала; поэтому я никак не могла понять, что со мной происходит. Я стала думать, что вдруг я начинаю превращаться в нимфоманку, в женщину, сексуальные потребности которой удовлетворить невозможно. К счастью, мне удалось обсудить все это с женщиной-психиатром, и она меня успокоила.

До тех пор пока не расширится крут людей, которым известно, что оргазмы и периодические увлажнения влагалища во время сна у женщин - явления вполне естественные, реакции, подобные описанной, будут неизбежны.

Эротические сны

Откровенно эротические сны, как и сексуальные фантазии наяву, вполне обычны. 70% женщин и почти 100% мужчин видят эротические сны (Kinsey et al., 1953). Содержание таких снов иногда вызывает тревогу, так как то, что в них происходит, в реальной жизни бывает недопустимым. Большинство людей понимают, что сны - отнюдь не то же самое, что реальное действие, однако некоторых пугает отраженное в этих снах желание. В некоторых случаях постоянные будоражащие человека эротические сны могут быть связаны с каким-то скрытым сексуальным конфликтом, и в таких случаях может помочь консультация специалиста.

Сексуальные фантазии

У большинства людей с самого детства возникают эротические, или сексуальные, фантазии, выполняющие разнообразные функции и вызывающие целый спектр реакций. Некоторые фантазии бывают приятными и радостными, тогда как другие вызывают беспокойство, недоумение и даже шокируют. Сначала мы обсудим функции эротических фантазий, а затем предложим классификацию наиболее обычных из них. Для большей ясности мы ограничим применение самого термина только теми фантазиями, которые приходят на ум во время бодрствования, но не сна.

Что мы знаем о сексуальных фантазиях

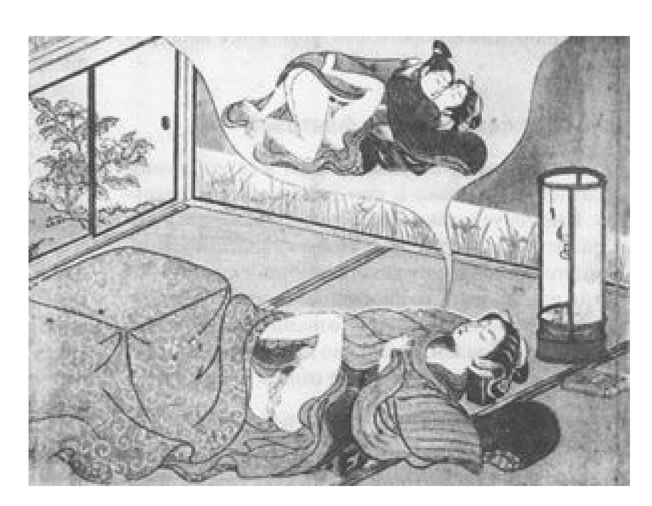
Каждый ребенок знает, что притворство - важный элемент многих игр, однако сексуальные фантазии, возникающие после того, как детство кончилось, обычно не считаются игрой. Это, возможно, объясняется тем, что секс, даже воображаемый, рассматривается как нечто серьезное. Кроме того, некоторые религии считают мысль равноценной действию, т.е. человек, погружающийся в "аморальные" сексуальные мечтания или испытывающий сексуальное желание, так же грешен, как и тот, кто реализует эти порывы. К фантазиям относились так же, как к признакам душевных

болезней. На протяжении полувека сколько-нибудь глубоким изучением этих фантазий занимались только психоаналитики. Они рассматривали "девиантные" сексуальные фантазии (т.е. мечтания о том, что выходит за рамки гетеросексуальных действий, ведущих к половому сношению) как незрелое выражение сексуального влечения и как препятствие на пути к развитию зрелой сексуальности (Hollender, 1963). Многие из них считали также, что подобные фантазии могут быть предвестниками "девиантного" полового поведения (Eidelberg, 1945; Freud, 1946; Yalom 1960).

Как правило, для того чтобы фантазировать, необходимо обладать воображением, способностями к творчеству и игре. Однако, когда фантазия становится главным регулятором в жизни человека, игровой элемент может совершенно исчезнуть. В такой ситуации человек мало отличается от азартного игрока, который тоже начинает играть просто для развлечения, но затем становится рабом своей страсти.

Иногда бывает трудно отличить сексуальную фантазию от сексуального влечения. Как чувство голода и мысли о еде могут слиться воедино, так и сексуальная потребность может слиться с мыслями о том, как получить сексуальное удовлетворение. Хотя фантазию можно, строго говоря, оценить как вымысел, противопоставляя ей предвидение ожидаемой реальности, провести это различие не всегда возможно. В некоторых случаях сексуальная фантазия выражает сексуальное желание, тогда как в других она провоцирует желание, для удовлетворения которого фантазии вовсе необязательны.

Контекст сексуальных фантазий



Гравюра Харунобу (конец 1760-х гг.) изображает молодую женщину, которая мастурбирует, фантазируя о свидании со своим возлюбленным.

Сексуальные фантазии возникают в самой разнообразной обстановке и при разных обстоятельствах. Иногда человек умышленно вызывает эти воображаемые интерлюдии, чтобы скоротать время, немного отвлечься от какого-нибудь скучного занятия или вызвать возбуждение. В других случаях такие фантазии вплывают в сознание, казалось бы, случайным образом, возможно под влиянием мыслей и чувств, в которых мы не отдаем себе отчет.

Предпочитаемые типы фантазий

Один из распространенных вариантов сексуальных фантазий можно определить как старые, хорошо знакомые рассказы. Первоисточником такой фантазии, если его вообще

можно отыскать, может быть книга, кинофильм или реальное событие. Когда такого рода фантазия кажется приятной, удобной и легко вызывает возбуждение, человек возвращается к ней вновь и вновь. Однако не вполне ясно, что именно лежит в основе такого предпочтения. В некоторых случаях это вызываемое фантазией сексуальное возбуждение; в других - удовольствие больше связано с "ролью режиссера" - возможностью управлять сценой, сюжетом и актерами; ввиду сложности такой фантазии она во многих случаях больше подходит для использования ее наедине с самим собой, а не при сексуальной активности с партнером.

Еще одна форма предпочитаемых фантазий состоит в многократном использовании одной и той же темы - например темы группового секса, но каждый раз с новыми участниками и новым ходом событий. Первый вариант можно сравнить с прослушиванием одной и той же пластинки вновь и вновь, а последний с регулярным прослушиванием музыки определенного жанра - кантри, рока или классики.

Предпочтение определенных фантазий может иметь по крайней мере два типа негативных последствий. Во-первых, постоянное повторение только одной фантазии приводит иногда к тому, что она становится необходимой для возникновения сексуального возбуждения: человек перестает реагировать на своего партнера, поскольку сексуальное возбуждение развивается у него только в ответ на фантазии. Во-вторых, возможны, хотя и редко, случаи, когда предпочитаемые фантазии превращаются в одержимость и вызывают нарушения мышления или поведения.

В одиночку или вдвоем?

Многие относятся к своим фантазиям как к сугубо личному делу и никому о них не рассказывают. Однако существует мнение, что поделившись ими с партнером, можно укрепить интимные отношения и взаимопонимание. Подразумевается, что нежелание поделиться свидетельствует об эгоистичности и незрелости. Кроме того, известны случаи, когда после длительной связи партнеры вдруг обнаруживают, что у обоих возникают фантазии на одну и ту же тему (например, об акте анального секса). Они не рассказывали об этом друг другу из опасения, что партнер придет в смущение, оскорбится или не захочет "поиграть". Иногда фантазии двух людей, состоящих в интимных отношениях, вполне комплементарны: например, одному мечтается, чтобы его отшлепали во время сексуальной активности, тогда как другой хотел бы сам отшлепать кого-нибудь.

Те, кто полагают, что нежелание делиться своими фантазиями свидетельствует о незрелости, приводят целый ряд доводов, часть которых, по-видимому, ошибочна. В целом эти доводы сводятся к следующему. Во-первых, если человек испытывает смущение или стыд по поводу своих фантазий, уже одно это служит признаком его незрелости. Во-вторых, при интимных отношениях не должно быть никаких преград обмену информацией, и свобода такого обмена - признак зрелости и преданности. В-третьих, полная откровенность порождает более глубокое взаимопонимание между партнерами и укрепляет их отношения. И, наконец, эротические фантазии скрывают скорее всего люди, сексуально подавленные или чересчур "правильные". Поделившись этими фантазиями, человек может стать менее скованным (а потому и более "зрелым") и сможет получать больше удовольствия от секса.

Такая аргументация во многих отношениях слишком упрощена. Прежде всего нежелание человека делиться какими-то мыслями или чувствами вовсе не свидетельствует о его незрелости. Иногда фантазии данного человека не отражают его реальных предпочтений, так что, рассказав о них, он может создать у партнера совершенно превратное

представление о своих потребностях и желаниях. Например, женщина может рисовать себе, как ее насилуют, и получать удовольствие от таких фантазий, но это вовсе не означает, что она хочет быть изнасилованной или получит от этого удовольствие. Точно так же, если человек фантазирует о том, как бы он ограбил банк, то вряд ли это означает, что у него криминальные наклонности или что он "опасен".

Партнер может не только неверно понять фантазию, но и начать думать, что тот, кто сочинил ее, способен ее и осуществить. Как бы рассказчик не отрицал это, какое-то ощущение ненадежности вольно или невольно возникает. Узнав, что определенная сексуальная фантазия возбуждает партнера, человек может попытаться осуществить ее (даже если ему это и неприятно) из желания доказать широту своих взглядов и угодить партнеру. А что, если он ошибается и партнеру на самом деле вовсе не хочется этого? Иногда рассказ одного из партнеров о своих фантазиях порождает у другого чувство ревности, вины или неверие в собственные силы, особенно если ему покажется, что эти фантазии свидетельствуют о неудовлетворенности партнера или о желании поискать кого-то другого.

Многие отмечают, что после того как они поделились с партнером своими самыми насыщенными сексом фантазиями, возбуждающая сила последних сошла на нет. Однако так бывает не всегда - иногда эротический стимул фантазии даже усиливается. К сожалению, нельзя предугадать, принесет ли партнерам пользу обсуждение подробностей их сексуальных фантазий или же только создаст проблемы.

Непроизвольные фантазии



"Я думаю, что ты просто глупишь. Ты бы предпочел, чтобы я спала с Робертом Редфордом, мечтая о тебе?"

"Плейбой", ноябрь, 1977.

Не все сексуальные фантазии можно вызывать по своей воле и не все они бывают приятными. Некоторые возникают вновь и вновь, хотя вовсе не желанны; другие вторгаются в сознание человека, пугая его и создавая внутреннее смятение, чувство вины и разлада. Фантазии такого рода могут вызвать либо сексуальное возбуждение, либо такое беспокойство, которое подавляет все сексуальные чувства.

Обычно в непроизвольных фантазиях, включая такие ситуации или поведение, которые человек считает аномальными (но вызывающими возбуждение), фигурирует и воображаемое наказание или телесное повреждение в качестве расплаты за сексуальные

излишества. Наказание, вплетенное в фантазию, весьма разнообразно - от физических недугов (например, венерическое или раковое заболевание) до появления посторонних людей в разгар сексуальной активности, ареста и заключения в тюрьму или утраты способности получать сексуальное удовлетворение в силу того или иного несчастья. Иногда непроизвольные фантазии создают проблемы в реальной жизни: человек начинает избегать половой активности, испытывать глубокое чувство вины в сексуальном плане или же у него возникает половое расстройство.

Нетрудно представить себе, в какое смятение может прийти 40-летняя замужняя женщина с религиозными убеждениями и консервативными взглядами на секс, если во время половых актов с мужем у нее неоднократно возникают фантазии о том, что она занимается сексом с группой мужчин. Точно так же мужчина, гордящийся своим имиджем "крутого мужика", и ярко выраженный противник гомосексуализма, не на шутку встревожится, если ему будет часто представляться оральный секс с каким-то мужчиной. Когда такие фантазии возникают регулярно, следует обратиться к консультанту. Психологи, психотерапевты или сексопатологи могут научить человека, обеспокоенного такими фантазиями, "переключиться на другой канал" (подобно тому, как переключаются с одной телевизионной программы на другую) или освоить методы блокировки мыслей (Wolpe, 1969; Abel, Blanshard, 1974).

Функции сексуальных фантазий

Сексуальное воображение служит разнообразным целям. Фантазии способны повысить уверенность в себе, послужить предохранительным клапаном для сдерживаемых чувств, усилить сексуальное возбуждение или дать ощущение победы над силами, доставляющими неприятности в повседневной жизни. Некоторые из этих основных функций сексуальных фантазий будут описаны ниже.

Индуцирование или усиление возбуждения

Как уже говорилось, фантазия и половое влечение нередко сливаются воедино. У людей с низким уровнем полового влечения редко бывают сексуальные фантазии (H.S. Kaplan, 1979; Kolodny, Masters, Johnson, 1979; Nutter, Condron, 1983, 1985), и им часто помогает лечение, способствующее формированию позитивных фантазий (Leiblum, Rosen, 1988).

Во многих случаях эротические фантазии используются для того, чтобы вызвать или усилить сексуальное возбуждение; к ним обычно прибегают при мастурбации в отсутствие полового партнера, но также, причем очень часто, и в процессе партнерской сексуальной активности (Friday, 1973; 1980; Hunt, 1975; Hariton, Singer, 1974). Как показал опрос 212 замужних женщин, эротические фантазии помогают многим из них достигать полового возбуждения и/или оргазма во время полового акта (Davidson, Hoffman, 1986).

Некоторым фантазии необходимы в качестве первоначального толчка, вызывающего возбуждение. Другим - для перехода от неспешного и невысокого уровня возбуждения к более страстному состоянию. По нашим наблюдениям, чаще всего используется разворачивание какой-нибудь особенно любимой фантазии в течение всего полового акта - от стадии плато до оргазма. Некоторые мужчины и женщины сообщают, что иначе они неспособны достигнуть оргазма.

Сексуальные фантазии усиливают как психологическую, так и физиологическую стороны сексуальной реакции многими способами: противодействуя скуке, концентрируя мысли и

чувства (избегая тем самым отвлечения и снимая напряженность), повышая самооценку (в фантазиях можно наделять себя любыми физическими достоинствами и не тревожиться по поводу размеров полового члена, грудей или живота) и позволяя видеть в своем воображении идеального партнера, устраивающего во всех отношениях.

Безопасность стимулируемого возбуждения

Сексуальные фантазии создают безопасную, надежно защищенную среду, дающую свободу воображению и чувствам. Они защищены уже тем, что неизвестны окружающим и вымышленны. Поскольку они никому не известны, их невозможно обнаружить, а их вымышленность избавляет от персональной ответственности.

Если принять во внимание, что сексуальные фантазии по большей части связаны с такими ситуациями и поведением, которые, будь они реальными, могли бы расцениваться как недопустимые или противозаконные, то необходимость безопасности как фона, на котором возникает возбуждение, становится понятной. Мягкий благовоспитанный университетский профессор может рисовать в своем воображении картины оргий с тремя привлекательными студентками, сидящими в первом ряду аудитории, и при этом не рискует своим положением или репутацией. Молодая женщина-адвокат может фантазировать об изнасиловании одного из своих клиентов, не подвергая опасности свою репутацию в адвокатуре. Подросток в своих фантазиях может тщательно разрабатывать планы похищения матери своего лучшего друга, не опасаясь родительского гнева или потери друга. Понятно, что этот элемент защищенности обеспечивает привлекательность и силу эротических фантазий.

Освобождение от чувства тревоги и вины

Фантазии всех типов действуют как психологические предохранительные клапаны, обеспечивающие разрядку внутреннего напряжения или удовлетворение потребностей относительно безболезненным способом (Byrne, 1977). В своих фантазиях мы можем отомстить за реальные или воображаемые несправедливости, победить страх и компенсировать любые личные недостатки, доставляющие неприятности в реальной жизни.

Приведем несколько примеров из нашей картотеки.

Замужняя женщина, 33 года. У нас с мужем долгие годы была скверная половая жизнь и столь же плохие взаимоотношения. На протяжении всего этого времени я почти всегда представляла себе, что проделываю все это с другими мужчинами, а он вынужден наблюдать за мной, испытывая глубокое унижение. Это была сладкая месть.

Как только мы обратились к консультанту по проблемам брака, ситуация стала улучшаться. Мы научились разговаривать друг с другом, и наша половая жизнь тоже стала улучшаться. Интересно, что при этом мои фантазии начали изменяться. Мне кажется, что у меня отпала надобность мстить.

Студент-медик, холостой, 22 года. Я всегда чувствовал себя скованным в отношении секса. Вероятно, одной из причин было то, что у меня очень маленький половой член. В моих фантазиях женщина, лежащая со мной в постели, всегда отмечает, какой у меня большой член, и поражается его мощи. Я обнаружил, что если я фантазировал таким

образом, когда действительно был с женщиной, то нервничал гораздо меньше. Как это ни глупо звучит, но я в самом деле становился лучшего мнения о себе.

Поскольку мы живем в обществе с традиционно сложившимися сексуальными ограничениями и запретами и приучены не обсуждать половое поведение, фантазии в этих условиях часто оказываются важным средством, помогающим справляться с сексуальными конфликтами и недоразумениями.

Фантазии как репетиция

В большинстве случаев фантазии служат способом предвидеть предстоящее событие и подготовить себя к тому, что следует ожидать и как действовать. Эта функция сексуальных фантазий очень важна, особенно в юности, а также для людей с ограниченным сексуальным опытом. Возможность представить самого себя в процессе конкретной эротической активности (например, при орально-генитальном сексе) позволяет предвидеть некоторые проблемы, которые могут возникнуть. Проигрывая в своих фантазиях какую-либо сцену несколько раз, человек может придумать, как свести к минимуму сложности, и даже способен частично избавить себя от ощущений неловкости, смущения или удивления. Конечно, когда фантазия претворяется в действительность, может оказаться, что реальное событие значительно отличается от воображаемого. Тем не менее, использовав фантазию в качестве репетиции, человек чувствует себя спокойнее и увереннее.

Фантазии как сексуальные ценности

Многие неверно понимают природу сексуальных фантазий, полагая, что эти фантазии выражают желание действительно участвовать в представляемой ситуации или пережить ее. Это равносильно утверждению, что человек, мечтающий стать героем войны, хочет воевать, а фантазирующий о том, как хорошо, когда есть дети, готов и хочет их иметь. Профессионалы иногда еще больше запутывают ситуацию:

Я работала с группой терапевтов-феминисток, считавших, что извлекать удовольствие из фантазий, в которых присутствует насилие или проявляется доминирующая роль мужчины, ни что иное, как сексизм. Им было трудно отделить сексуальное наслаждение, доставляемое фантазией, от политической интерпретации. Я знакома также с врачом-лесбиянкой, которая почти впала с панику, когда у нее вдруг возникли гетеросексуальные фантазии, так как боялась оказаться "скрытой гетеросексуалкой" (Lonnie Barbach, 1980).

В ходе исследования, проводимого в Институте Мастерса и Джонсон, выяснилось, что большинство женщин, которых возбуждают фантазии, отражающие такие необычные виды сексуальной активности, как насилие, кровосмешение, скотоложество или садомазохизм, говорят, что у них нет никакого желания реализовать свои фантазии. Что касается мужчин, то они более склонны к риску. Примерно две трети из проинтервьюированных нами мужчин с такого рода фантазиями заявили, что они хотели бы попробовать реализовать их в подходящих условиях.

Изучение сексуальных фантазий замужних женщин во время полового акта с их мужьями выявило, что содержание фантазий не указывает на наличие сексуальных или психологических проблем (Hariton, Singer, 1974). Мастерс и Джонсон (1979) показали, что большинство людей с повторяющимися эротическими фантазиями не чувствуют ни желания, ни потребности их реализовывать. Кроме того, обнаружилось, что содержание

наиболее обычных фантазий гетеросексуалов и гомосексуа-лов в значительной степени сходно. Гомосексуалы часто фантазируют о гетеросексуальных ситуациях, а гетеросексуалы, напротив, о гомосексуальных актах (табл. 14.3).

Таблица 14.3

Встречаемость различных сюжетов в сексуальных фантазиях (в порядке снижения частоты) (Masters, Johnson, 1979)

Мужчина-гетеросексуал

1 . Замена постоянной партнерши

2. Насильственный сексуальный акт с женщиной

3. Наблюдение за сексуальной активностью

4. Гомосексуальные акты

5. Участие в групповом сексе

Женщина - гетеросексуал

1 . Замена постоянного партнера

2. Насильственный сексуальный акт с мужчиной

3. Наблюдение за сексуальной активностью

4. Идиллические встречи с незнакомыми мужчинами

5. Любовные свидания с лесбиянками

Мужчина-гомосексуал

1 . Картины мужских половых органов

2. Насильственные сексуальные акты с мужчинами

3. Гетеросексуальные акты с женщинами

4. Идиллические свидания с незнакомыми мужчинами

5. Участие в групповом сексе

Лесбиянка

1 . Насильственные сексуальные акты

2. Идиллическое свидание с постоянной партнершей

3. Гетеросексуальные акты

4. Воспоминания о прошлом сексуальном опыте

5. Садистские сцены

Хотя большинство людей понимают, что мимолетные фантазии не отражают глубинных особенностей психического склада, все же допускается, что тема излюбленной фантазии сообщает нечто важное о нашей психической организации. Научных данных, подтверждающих справедливость этого допущения в отношении всех людей, не существует (хотя в отдельных случаях оно может быть верным). Наши сексуальные и личностные ценности могут значительно отличаться от тех, которые мы представляем себе в наших фантазиях, точно так же, как истинная идентичность актера может очень сильно отличаться от тех ролей, которые он играет. Тем не менее эротические фантазии иногда вызывают чувство вины. Люди, сообщавшие, что они испытывают особенно сильное чувство вины из-за фантазий во время полового акта, обычно страдают сексуальной неудовлетворенностью и дисфункцией в большей степени, чем те, кто относительно свободны от чувства вины (Cado, Leitenberg, 1990).

Фантазия как некий акт

Если многие говорят, что не стремятся превращать свои сексуальные фантазии в реальность, то некоторые высказываются прямо противоположным образом. Что побуждает человека склоняться в ту или другую сторону, остается неясным, однако возможно, что в известной степени это зависит от того, 1) насколько сильное эротическое возбуждение вызывают эти фантазии; 2) насколько восприимчив и надежен партнер и можно ли рассчитывать на его понимание; 3) как человек воспринимает самого себя и 4) сколь необычной или причудливой кажется фантазия.

Надежные статистические данные о числе людей, претворяющих свои сексуальные фантазии в действие, отсутствуют. Некоторые пары вносят в такую реализацию фантазий известную театральность, строго контролируя исполнение своих ролей, - получается репетиция фантазии вместо ее полного претворения в жизнь. Например, женщина, фантазирующая о том, что ее шлепают, может попросить своего партнера, чтобы он ее слегка отшлепал - скорее символически, чем на самом деле; или же мужчина, в своих фантазиях занимающийся сексом с девочкой-подростком, может попросить свою партнершу одеться и вести себя подобно 13-летней девочке. В таких ситуациях фантазия оживает, т.е. предстает "во плоти", а не как воображаемый образ, но тем не менее это не более, чем игра. Несколько театрализованная форма разыгрывания фантазий привлекательна для многих прежде всего своей безопасностью и управляемостью, однако в психологическом плане она часто дает меньшее удовлетворение, чем чисто воображаемая фантазия, поскольку это действительно только игра.

Трансформирование сексуальных фантазий в реальность иногда заходит дальше; так, супружеская пара может откликнуться на объявление в специальном журнале, чтобы осуществить фантазию с обменом партнерами при групповом сексе. Лицо с фантазиями мазохистского характера, например представляющее себя крепко связанным, может убедить своего партнера или партнершу проделать с ним это. В некоторых случаях такая реализация фантазии приносит больше удовлетворения, приобретает больше смысла и становится частью продолжающихся сексуальных отношений. Очень часто, однако, результат оказывается менее значительным, чем ожидалось: претворенная в жизнь эротическая фантазия вызывает разочарование, не возбуждает и даже бывает неприятной. Нэнси Фрайди, изучавшая в течение 10 лет эротические фантазии мужчин и женщин, пишет: "Я думаю, что на каждого человека, написавшего мне о той радости, которую

доставила ему реализация его сексуальных фантазий, приходится три или четыре таких, кто заранее знал, что из этого ничего не выйдет, или же попробовал и был разочарован" (Friday, 1975). Наши исследования тоже показывают, что превращение фантазии в реальный факт не дает удовлетворения, а иногда приводит к полной потере эротической ценности этой фантазии. Одна 22-летняя студентка рассказала нам:

У меня была некая фантазия, которая меня никогда не подводила. Она действовала как электроприбор: включил, а затем "Вот это да!" Достаточно было этой фантазии вспыхнуть у меня в мозгу и я почти всегда достигала замечательных оргазмов и получала массу удовольствия от секса. Но затем, к сожалению, я решила реализовать эту фантазию со своим партнером. Нам обоим это было интересно, я вовсе не была смущена и не нервничала, но это просто не нашло во мне отклика. После двух или трех попыток сама фантазия стала менее волнующей, начала давать сбои и, наконец, перестала действовать вовсе. Это было все равно что потерять лучшего друга.

Об этом же пишет Шейнор (Shanor, 1977):

Часто, после того как фантазию, наконец, претворили в жизнь, она уже больше не возникает как фантазия. Только если разыгранный вариант оказался удивительно удачным, мысль о ней сохраняет свое значение... В большинстве случаев реальность по своему воздействию не дотягивает до фантазии; поэтому фантазия либо видоизменяется, либо ее эффект значительно ослабевает.

Содержание сексуальной фантазии

В этом разделе мы вкратце рассмотрим некоторые из наиболее обычных типов сексуальных фантазий; нужно признать, что многим фантазиям трудно найти определенное место в какой бы то ни было системе классификации.

Экспериментирование

Одна из популярных фантазий состоит в том, чтобы представить себе нечто такое, чего никто никогда не делал в реальной жизни. Содержанием таких фантазий могут быть совершенно новые для данного человека обстоятельства: например, оказаться звездой в порнографическом фильме, заниматься сексом в общественном месте или выступать в роли проститутки. В фантазиях можно также испробовать необычные формы сексуальной активности, например скотоложество или кровосмешение. В некоторых случаях привлекательна сладость запретного плода; в других - преобладает желание испробовать что-то уникальное или неизведанное. Поэтому фантазии-эксперименты часто используют, чтобы преодолеть скуку во время секса.

Подчинение

Ядро всех фантазий о подчинении составляет сила. Сила может выражаться в умении командовать, принуждением или соблазном вовлекать другого в сексуальные отношения. Принятие на себя воображаемой роли правящего монарха или рабовладельца может подготовить сцену, обеспечивающую подчинение приказам. Использование нефизической силы для принуждения кого-либо к сексу может вылиться в роль тюремщика, директора школы, босса или шантажиста. Если в фантазиях фигурирует физическая сила, то они подходят под рубрику изнасилования или садомазохизма. Сила же, необходимая для соблазнения других людей, может быть вписана в сценарий почти любой фантазии.

Противоположный вариант этой же фантазии - идея подчинения силе, т. е. желание оказаться подчиненным, слабым, соблазненным. Разнообразие ролей, которые можно придумать для оркестровки такой фантазии, безгранично. Ключевой момент в ней - невозможность оказать сопротивление по причине страха, покорности судьбе, слепого послушания, экономических трудностей или стремления защитить другое лицо.

Одна из разновидностей фантазии насилие/подчинение - это тема доминирование/унижение. В этом случае сила используется не только для победы в сексуальном плане; жертва должна быть еще и унижена и растеряна.

Сторона, олицетворяющая силу, может заставить жертву пресмыкаться, носить нелепые одеяния (какие-то пеленки, прозрачные платья, и т.д.), дать заковать себя в кандалы, делать что-нибудь унизительное. Возбуждение возникает в результате унижения, "низведения до состояния крайнего уничижения" (Friday, 1973).

Замена партнера

Одна из самых распространенных фантазий состоит в том, чтобы вообразить себе секс с другим партнером. Иногда этим воображаемым партнером может быть бывший партнер, однако чаще это кто-то, кажущийся желанным: друг, сосед, родственник, преподаватель, продавец или некий воображаемый идеал.

Некоторым людям бывает неловко, когда во время секса с любовником или супругом у них возникают фантазии о другом партнере. Чувство вины появляется в том случае, когда человек считает такую фантазию признаком неверности. Тому, кто когда-нибудь испытывал такое чувство, будет, вероятно, интересно узнать, что фантазии на тему замены постоянного партнера на другое лицо распространены очень широко, так что не исключено, что у обоих партнеров они возникают одновременно (Crepault et al., 1977; Crepault, Couture, 1980).

Одну из разновидностей фантазии "замена партнера" можно назвать "сексом со знаменитостью". Здесь воображаемый партнер выбирается из общедоступного реестра знаменитостей: кино- и телезвезд, спортсменов, музыкантов, художников, писателей и известных политиков.

Групповой секс

Еще один обычный тип фантазий, близкий к замене партнеров, - это сцены группового секса. Фантазии на эту тему варьируют от тщательно разработанных оргий с участием друзей до сюжетов из жизни древних римлян или компании голливудских киношников, где вечера превращаются в сексуальные олимпийские игры. На другом конце этого диапазона - фантазии, в которых мужчина воображает, как он занимается сексом с двумя женщинами, а женщина - с двумя мужчинами. В некоторых фантазиях на тему группового секса действие носит бисексуальный характер, тогда как в других воображаемых сценариях акт строго гетеросексуальный, хотя в каждый данный момент бывают задействованы десятки рук, ног и половых органов.

Наблюдение

Некоторых сильно возбуждают фантазийные сцены, в которых они подглядывают за другими, занятыми сексом. В своем чистом виде такая фантазия не предполагает участия

в происходящем самого наблюдателя, однако он может быть виден участникам полового акта либо скрыт от них. В вариациях на эту тему наблюдатель достигает сильного сексуального возбуждения, после чего присоединяется К участникам. "Наблюдательные" фантазии довольно часто возникают у супружеских пар; при этом один из супругов воображает некую сцену, в которой наблюдает за своим супругом (супругой), занимающимся сексом с кем-то другим. "Наблюдательные" фантазии не эквивалентны настоящему вуайеризму (см. гл. 17).

Изнасилование

Из всего разнообразия сексуальных фантазий, вероятно, наиболее превратно воспринимаются фантазии на тему насилия. Иногда думают, что женщины, фантазирующие на эту тему, действительно жаждут, чтобы такое событие с ними произошло, т.е. что эта фантазия отражает нереализованное желание. Подобная интерпретация лишена основания. Более рационально рассматривать фантазии о насилии как средство, помогающее некоторым женщинам укрепить уверенность в том, что они сексуально пассивны, а вовсе не активны, т.е. что их сексуальное поведение соответствует нашим культурным стереотипам (Barclay, 1973). Кроме того, фантазии о насилии снимают с "жертвы" личную ответственность за испытываемое от секса удовольствие. Как отмечает Фрайди (Friday, 1979): "Отдавая себя в руки воображаемого насильника - превращая его в насильника, - она заставляет его делать то, что хочется ей, но при этом притворяется, что вынуждена делать то, что хочет он. При этом она во всех отношениях выигрывает, оставаясь безупречной, поскольку принуждена отдавать себя во власть того, чья сила превосходит ее собственную".

Фантазии на тему насилия проявляются в различных формах. Женщина может видеть себя в образе насильника, а мужчина - в образе жертвы. Мужчины-гетеросексуалы иногда фантазируют, что их насилует гомосексуал; при этом, как и в описанном выше примере с женщиной, эта фантазия освобождает мужчину от "ответственности" за гомосексуальный акт, так как его принудили к этому.

Идиллическая встреча

От фантазий с насилием резко отличаются фантазии с сильными обертонами романтики и спокойствия. Сценарии "идиллических встреч" обычно строятся на случайном знакомстве в почти идеальных условиях - тихий сад, безлюдный морской берег, залитый лунным светом, тропический рай, - где мгновенно расцветает романтическое влечение, переходящее в исступленную сексуальную интерлюдию. Затем действующие лица обычно расходятся в разные стороны, счастливые и ничем не обремененные.

Одна знаменитая фантазия на тему идиллической встречи описана в книге Йонг "Страх полета" (Fear of Frlying, 1974), где она была названа сексом нараспашку.

Этот секс нараспашку был больше, чем секс. Это был платонический идеал. Нараспашку - потому, что когда вы подходили друг к другу, одежды разлетались как лепестки розы, белье отлетало от одного дыхания как пушок одуванчика.

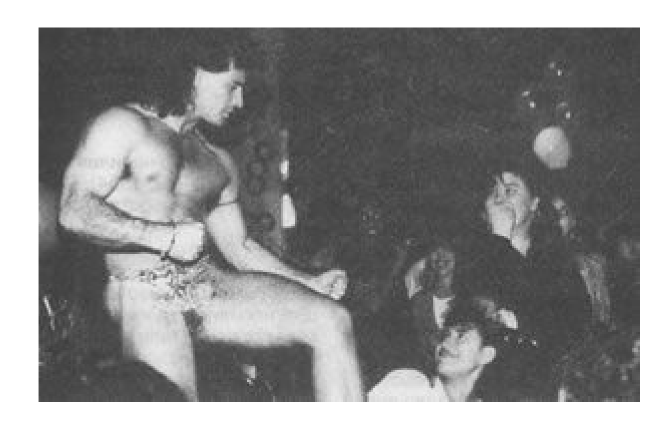
Для настоящего, классного секса нараспашку необходимо, чтобы вы не смогли узнать этого человека слишком хорошо. Другое условие - краткость. А еще лучше - анонимность.

Секс нараспашку кристалльно чист. Он свободен от скрытых мотивов. В нем нет борьбы. Мужчина не "берет", а женщина не "дает"... Никто не старается что-то доказать или получить. Секс нараспашку - самое чистое, что есть на свете. И встречается он реже, чем единорог.

Садомазохизм

Причинение боли (садизм) или испытание боли (мазохизм) может быть источником сексуального возбуждения. При сексуальных фантазиях на садо-мазохисткие темы человек воображает, что его избивают, связывают, стегают, заковывают в цепи, щекочут, дразнят, надевают на него наручники, затыкают рот, прижигают, шлепают, подвергают другим мучениям или же что он сам проделывает все это над другими. В этих фантазиях всегда живо рисуется физическая сила или боль и вызываемое ими возбуждение прямо пропорционально протестам жертвы. При этом, как и в случае многих других фантазий, люди обычно вовсе не стремятся все это реализовать. Один из интервьюированных после довольно подробного описания своей любимой фантазии сказал нам: "Я на самом деле не выношу физической боли и не могу понять, почему эта фантазия возбуждает меня".

Половые различия сексуальных фантазий



В последние годы все больше возрастает популярность клубов с мужским стриптизмом

Прежде считалось, что у мужчин эротические фантазии возникают чаще, чем у женщин, и что у женщин они более "спокойные", чем у мужчин. Эта точка зрения отражала представление о меньшем, по сравнению с мужчинами, интересе женщин к сексу, но их большей заинтересованности в межличностных отношениях. Например, Барклей (Barclay, 1973) полагал, что женские сексуальные фантазии обычно сосредоточены на эмоциональных романтических элементах, тогда как мужские похожи на порнографические книжки: много подробностей о сексе и мало внимания эмоциям. В обследовании, проведенном для журнала "Плей-бой", было установлено, что 75% мужчин и 80% женщин при мастурбации воображают в своих фантазиях, что совершают половой акт с любимыми лицами; однако мужчины вдвое чаще, чем женщины, совершают этот акт с посторонними женщинами, а женщины гораздо чаще рисуют себе, как их принудили к сексу или к гомосексуальной активности (Morton Hunt, 1975).

Мы полагаем, что в настоящее время мужчины и женщины мало различаются по характеру эротических фантазий. Мнение о том, что у женщин не бывает таких фантазий, теперь признано устаревшим (Friday, 1973; Hariton, Singer, 1974; Hunt, 1975; Sue, 1979; Loren, Weeks, 1987; Person et al., 1989). В одном сообщении отмечено, что 94% женщин фантазируют на сексуальные темы; это вполне соответствует нашим данным, согласно

которым из 300 обследованных женщин в возрасте от 18 до 35 лет у 86% в то или иное время возникали эротические фантазии (Masters, Johnson, Kolodny, 1980). Как мужчины, так и женщины чаще погружаются в фантазии во время мастурбации, чем при половом акте (Hunt, 1975; Masters, Johnson, 1979; Crepault, Couture, 1980). В другом исследовании установлено, что 71% мужчин и 72% женщин используют фантазии для того, чтобы усилить сексуальное возбуждение (Zimmer, Borchardt, Fischle, 1983).

В отличие от этих данных в ряде других исследований показано, что женщины в своих сексуальных фантазиях обычно более пассивны, чем мужчины (в фантазиях женщин их роль чаще сводится к тому, что кто-то другой что-то с ними делает, а сами они не проявляют активности). Возможно, это отражает изначальное психологическое различие между полами; однако более вероятно, что причина заключается в том, что в нашем обществе именно такая роль женщин в сексуальном взаимодействии больше соответствует традиционным взглядам. Так, было отмечено (Person et al., 1989), что среди студентов мужчинам больше чем женщинам свойственны фантазии со сменой партнеров и с насилием всех степеней - от доминирования до садизма, однако предположение о том, что женщины в своих сексуальных фантазиях видят себя, как правило, пассивными или даже мазохистсками, не подтвердилось. В другой работе (Loren, Weeks, 1987) тоже не было обнаружено заметных половых различий в характере фантазий у студентов колледжей.

Отсутствие половых различий в содержании фантазий (табл. 14.3) подтверждается данными проведенных нами исследований. Сексуальные фантазии женщин вполне откровенны и детализированы в сексуальном аспекте (Crepault et al., 1976; Masters, Johnson, Kolodny, 1980). Изменившееся отношение к сексу и большая доступность для женщин подробной информации на сексуальные темы несомненно привели к тому, что в последнее время их фантазии стали смелее, но мы все же считаем, что различия в характере фантазий у мужчин и у женщин никогда не были так велики, как это предполагалось.

Другие виды секса в одиночку

Интерес к чтению откровенных материалов на сексуальные темы или к картинкам с изображением полового акта или половых органов вряд ли можно считать новым. Эротическое искусство Древней Греции, Индии, Африки и Японии свидетельствует об универсальности этого интереса. На протяжении веков книги о сексе находили широкий круг читателей. В наши цели не входит обсуждение правового аспекта порнографии, мы лишь вкратце остановимся на использовании эротических материалов как средства полового возбуждения без партнера.

Эротика и порнография

Сегодня практически невозможно найти в США ни одного школьника старших классов, который бы ни разу не столкнулся с каким-либо материалом откровенно сексуального содержания. Хотя для обслуживания клиентов "от 21 и старше" созданы специальные книжные магазины, кинотеатры и клубы видеофильмов, тем не менее во многих журналах, книгах, рекламных роликах и киноафишах присутствует элемент эротики, так что любой имеет возможность с ним ознакомиться.

Интерес, проявляемый к эротическим материалам, имеет много причин. Они служат источником информации, в том числе сравнительной, о сексуальном поведении; часто

вызывают сексуальное возбуждение, которое можно в зависимости от настроения продлить или прекратить; подобно сексуальным фантазиям будят воображение и тем самым помогают соприкоснуться с запрещенными или пугающими областями секса безопасным образом; дают возможность прорепетировать в своем воображении те действия, которые человек надеется испробовать или которые его интересуют; наконец, подобно многим вестернам или шпионским триллерам, сами по себе могут служить развлечением, не связанным с сексуальным возбуждением.

Сексуальное возбуждение, возникающее под действием слов, фотографий или кинофильмов, бывает практически одинаковым (Byrne, 1977). На одних сильнее влияет яркое, близкое к реальности действие, происходящее на экране, тогда как другие предпочитают дать волю воображению, разглядывая рисунок или фотографию, или находят, что наибольшее эротическое воздействие оказывает печатное слово. Такие различия зависят от склада характера и вкуса, точно так же, как один предпочитает концерт кинофильму, а другому нравится ходить в театр. В отличие от этого специфическое воздействие эротического материала определяется не тем, в какой форме он представлен, а его содержанием. Событие, которое человек может отождествить с самим собой, действует более возбуждающе, чем изображения половых актов, которые могут показаться нелепыми или оскорбительными.

Сексуальное возбуждение, вызываемое всякого рода эротической продукцией, носит не только психологический характер. Многие исследователи отмечают специфические физиологические изменения, возникающие у людей при просмотре порнографических фотографий и фильмов (Schmidt, Sigusch, 1970; Greer, Morokoff, Greenwood, 1974; Me Conaghy, 1974; Wincze, Hoon, Hoon, 1976; Henson, Rubin, Henson, 1979), при чтении или прослушивании текстов соответствующего содержания (Bahm, 1972; Englar, Walker, 1973; Heiman, 1977,1980; Schreiner-Engel, Shiavi, 1980). У мужчин при этом обычно возникает эрекция, а у женщин - изменения притока крови к влагалищу или его увлажнение.

В прошлом считалось, что мужчины реагируют на порнографию сильнее, чем женщины. Однако результаты исследований показывают, что это не так: реакция мужчин и женщин одинаковая (Englar, Walker, 1973; Byrne, 1977; Athanasiou, 1980). Безусловно, женщины считающие эротику и порнографию чем-то неприличным, прилагают все усилия, чтобы подавить свои спонтанные реакции силой воли. Такое же отношение выказывают женщины, отвергающие порнографию по политическим соображениям: по их мнению, она связана с эксплуатацией женщины. Есть и такие женщины, которые были бы не прочь развлечься порнографией, но они просто не замечают возникающего при этом легкого сексуального возбуждения, даже при наличии физиологической реакции, в частности усиления притока крови к влагалищу. В отличие от женщин у мужчин внешние проявления возбуждения более очевидны.

При том, что мужчины и женщины одинаково способны реагировать на эротику и порнографию, характер их реакции может зависеть от типа эротического материала. В прошлом считалось, что мужчин интересует главным образом объект и что они реагируют на половой акт, показываемый крупным планом, тогда как для женщин большее значение имеет, как это все происходит (обстановка и настроение). Однако более поздние исследования показали, что мужчины и женщины и в этом отношении мало различаются друг от друга (Fisher, Byrne, 1978).

Иногда (как часто - никто не знает) люди прибегают к порнографии во время мастурбации. Достаточно вспомнить подростка с его коллекцией вырезок из "Плейбоя" или бизнесмена, улизнувшего среди для из своей конторы, чтобы посмотреть

порнографический фильм в соседнем кинотеатре. В других случаях просмотр порнофильмов или открыток используют для стимуляции сексуального желания у себя или у партнера или просто для поддержания межличностного сексуального общения.

Однако мы не станем развивать эту тему, поскольку данная глава посвящена сексу в одиночку.

Воздействие эротики и порнографии на поведение

Вопрос о том, как эротика и порнография влияют на поведение людей, не имеет однозначного ответа. В 1968 г. президент Линдон Джонсон создал специальную комиссию, которая спустя два года представила обзор большого количества данных. Комиссия констатировала:

Соприкосновение с эротикой и порнографией часть людей делает сексуально активнее (увеличивая частоту мастурбирования и половых сношений). У небольшой части людей такого рода активность снижается, но большинство не отмечает изменений в своем поведении. Эффект, если он есть, кратковремен и обычно исчезает в течении 48 ч.

В целом, установившийся характер сексуального поведения оказывается весьма стабильным, и знакомство с порнографическими материалами не вызывает в нем существенных изменений.

В Дании, после того как в 1965 г. порнография была легализована и получила широкое распространение, частота многих преступлений на сексуальной почве заметно снизилась (Kutchinsky, 1970, 1973); одновременно в США было показано, что насильники, растлители малолетних и иные преступники этой категории соприкасались в подростковом возрасте с откровенно сексуальными материалами реже, чем их сверстники (Goldstein, 1973).

Складывается впечатление, что постоянное массивное воздействие порнографии вызывает, по-видимому, пресыщение и скуку (Lipton, 1983), а вовсе не превращение людей в сексуальных маньяков или насильников (W.C. Wilson, 1978; Money, 1980; Athanasiou, 1980; Lipton, 1983; Green, 1982) (В перечисленных работах (как и во всех прочих исследованиях) имеются методологические недостатки, поэтому полученные результаты были признаны не всеми (см. Diamond, 1980; Bart, Jozsa, 1980).). Кроме того, как было недавно показано, регулярный просмотр порнографических фильмов, не содержащих сцен жестокости, не оказывает влияния на отношение к женщинам (Padgett, Brislin-Sliitz, Neal, 1989). Однако в этой области получены и противоположные данные. Так, сообщалось, что насильники и растлители малолетних в подростковом и зрелом возрасте увлекались жестокой порнографией гораздо больше, чем их законопослушные сверстники (Marshall, 1988).

У этого вопроса есть и другой аспект. Ряд наблюдателей полагают, что за последние годы в порнографии заметно увеличился показ насилия (Eysenck, Nias, 1978; Lederer, 1980; Malamuth, Spinner, 1980; Stock, 1983; Donnerstein, Linz, 1984). С тех пор как созданная в 1968 г. президентская комиссия и организованная позднее рабочая группа Национального института психического здоровья установили явную связь между распространением картин насилия и жестокости в средствах массовой информации и ростом агрессивности поведения, стали возникать опасения, что слияние жестокости и порнографии может оказывать специфическое негативное воздействие на поведение (см. разд. "Актуальные вопросы"). Вдобавок к другим сомнениям относительно приемлемости "крутой"

порнографии многие обеспокоены и тем, что порнография унижает женщин и превращает их в предмет потребления; изображение женщин как "лишенных разума" сексуальных объектов может привести к сексуальной дискриминации. Даже если порнография не оказывает на поведение прямого действия, она укрепляет существующие стереотипы и предрассудки в отношении мужчин и женщин, а тем самым может усиливать прежние и даже создавать новые установки, которые в конечном счете проявятся в поведении (Linz, 1989).

Вопрос о долгосрочных эффектах увлечения эротикой и порнографией имеет и ряд других аспектов. По некоторым данным, такие материалы иногда помогают справиться с сексуальными проблемами и ослабить сексуальные запреты (W.C. Wilson, 1978; Money, 1988). С другой стороны, они могут провоцировать беспокойство, особенно если человек сравнивает свои физические качества и сексуальные реакции с тем, что демонстрируют звезды эротических фильмов. Эти герои и героини не только в высшей степени привлекательны, но и способны мгновенно загораться неукротимой страстью. Понятно, что глядя на них, человек начинает испытывать чувство неполноценности, растерянности или сомнения в собственных возможностях.

В свете наблюдаемого на протяжении последних десятилетий роста как терпимости в отношении откровенно сексуальных материалов, так и их доступности, а также расцвета неподцензурного кабельного телевидения и домашних видеосистем, было бы очень важно собрать более полные данные о воздействии эротики и порнографии. Нельзя упускать из виду вероятность того, что это воздействие иногда может быть негативным; при этом не следует пугаться прежнего нетерпимого отношения к эротике, возродившегося под видом современной морали.

Порнография и насилие

Распространение эротической продукции, по мнению большинства исследователей, не имеет негативных социальных последствий (Green, 1982; Linz, 1989), чего не скажешь о продукции порноиндустрии -фильмах, в которых секс сплошь и рядом соседствует с насилием (Faust, 1980; Griffin, 1981; Steinem, 1983). В последнее время появляются данные, показывающие, что такого рода порнография влияет на рост агрессии против женщин.

Маламут и Доннерстайн (Malamuth, Donnerstein) были в числе первых, занявшихся изучением этой зависимости. По их данным, негативное воздействие оказывает не сексуальное содержание таких материалов, а демонстрируемая в них жестокость. Например, Доннерстайн провел серию экспериментов, показавших, что сексуальная жестокость в отношении женщин, наблюдаемая в порнофильмах, закрепляет в сознании миф о том, что женщины втайне хотят быть изнасилованными и получают от этого удовольствие. В результате после просмотра таких фильмов многие мужчины признавались, что совершили бы насилие, если бы были уверены, что их не поймают (Donnerstein, 1983); кроме того, усиливалось их агрессивное поведение по отношению к женщинам и снижались симпатия и сочувствие к жертвам насилия в ходе последующего просмотра видеозаписи имитированного насилия (Donnerstein, Linz, 1984). В частности, Доннерстайн заметил:

Самое удивительное, что к последнему дню просмотра серии фильмов, изображающих насилие над женщинами, мужчины стали оценивать их как гораздо менее унизительные и оскорбительные для женщин, более юмористические и веселые и проявляли большее желание посмотреть такого рода фильм еще раз (Donnerstein, 1983).

Результаты прежних исследований Маламута показали, что враждебность по отношению к женщинам позволяет предполагать психологическую установку на насилие и возможность соответствующего поведения (Malamuth, Donnerstein, 1984). Кроме того, он обнаружил, что у мужчин, которые, по данным тестирования, могут с большой вероятностью совершить насилие, возникает больше возбуждающих фантазий после просмотра слайдов и фильмов на тему изнасилования, чем на тему полового акта со взаимного согласия (Malamuth, 1981). Однако некоторые результаты исследований ставят в тупик, поскольку "даже мужчины, получившие низкие оценки по шкале вероятности совершения ими насилия, иногда испытывают сильное возбуждение под действием картин насилия" (Cunningham, 1983) и даже самих женщин иногда приводят в сильное возбуждение эротизированные картины насилия (Stock, 1983). В отличие от этого устное описание изнасилования, в котором подчеркивались страх и боль жертвы безо всяких попыток эротизировать сценарий, вызывало у женщин обычно лишь слабую реакцию гениталий и относительно низкий уровень субъективного ощущаемого полового возбуждения (Stock, 1985). При всей важности этих данных их пока следует интерпретировать осторожно по ряду причин. Прежде всего, они получены на относительно небольших выборках - главным образом студентов. Кроме того, в исследованиях использовались экспериментальные методы, ведущие к несколько искусственным суждениям об отношениях и (потенциальном) поведении; по этическим причинам действительно широкого изучения воздействия жестокой порнографии пока не проводилось. Несмотря на эти ограничения, полученные результаты представляют большую ценность, так как выявляют эффекты относительно небольших "доз" порнографии со сценами насилия. Поскольку потеря чувствительности к жестокости и даже появление некоторой склонности к ней вполне могут носить кумулятивный характер, в настоящее время ведется изучение агрессивного поведения и отношения к жестокости после многократных продолжительных ее демонстраций (Donnerstein, Linz, 1984).

Выводы

1. Мастурбация, или половое самоудовлетворение с помощью той или иной прямой физической стимуляции, представляет собой одну из форм нормального сексуального поведения, свойственного людям любого возраста.

2. Негативное отношение к мастурбации пришло к нам в основном из XVIII и XIX вв., когда ее ошибочно считали причиной ряда болезней и психозов. В тот период медики предприняли настоящий крестовый поход, чтобы искоренить этот "порок". Церковь осудила мастурбацию как греховное занятие, что усилило брезгливое к ней отношение.

3. По результатам современных исследований, свыше 90% мужчин и 70% женщин в то или иное время занимались мастурбацией; судя по имеющимся данным, мужчины, как правило, мастурбируют чаще, но индивидуальные различия здесь довольно велики.

4. Способы и стили мастурбации у женщин гораздо разнообразнее, чем у мужчин. В отличие от существующих представлений, очень немногие женщины мастурбируют, вводя во влагалище какой-либо предмет; чаще всего они стимулируют клитор или вульву. Мужчины обычно мастурбируют, поглаживая тело полового члена.

5. Нет никаких объективных данных, которые подтверждали бы, что мастурбация свидетельствует о неполноценности человека, наносит вред его здоровью или сексуальной потенции. Мастурбация играет важную роль в процессе развития, помогая подросткам

познать свое тело и свои сексуальные предпочтения. Кроме того, она может помочь снять напряжение и повысить уверенность в себе в сексуальном аспекте.

6. И у мужчин, и у женщин иногда возникают спонтанные оргазмы во сне. У мужчин ночные поллюции чаще всего наблюдаются в юности и в начальный период зрелости, а у женщин оргазмы во сне возможны в любом возрасте, но возникают реже, чем у мужчин.

7. Сексуальные фантазии начинаются с детства и выполняют важные функции: они вызывают или усиливают возбуждение, снимают внутреннее напряжение и позволяют мысленно, т.е. безопасным образом отрепетировать еще не испробованные формы полового поведения.

8. Использование человеком сексуальной фантазии определенного типа не обязательно означает, что он стремится ее реализовать. Во многих случаях фантазии противоречат нашим личным ценностям и убеждениям, но поскольку они существуют лишь в нашем воображении, мы можем позволить их себе.

9. Решение, оставлять ли фантазии при себе или обсуждать их с партнером, дело сложное. В некоторых отношениях такое обсуждение может оказаться полезным, однако оно сопряжено с рядом рисков, в том числе с риском, что фантазия утратит свою эротическую ценность.

10. Сходные трудности могут возникнуть при попытке реализовать ту или иную фантазию. Это легче сделать при доверительных отношениях с партнером и при его готовности и желании осуществить фантазию, однако по опыту многих, реальность просто несопоставима с сугубо личным переживанием самой фантазии.

11. К наиболее распространенным типам сексуальных фантазий относятся: обмен партнерами, групповой секс, наблюдение за чьим-то половым актом, изнасилование, идиллическая любовная встреча и садомазохистские сцены.

12. Широкое распространение разного рода эротической продукции (книг сексуального содержания, откровенных сцен на кино- и телеэкране, фотографий в журналах и т.д.) в общем безвредно. Самое сильное и непосредственное воздействие этих материалов заключается в повышении сексуального возбуждения, которое можно измерить либо на физиологическом, либо на психологическом уровне.

13. Вопреки распространенному мнению, женщины способны "заводиться" под воздействием эротических материалов точно так же, как мужчины.

14. Судя по имеющимся данным, воздействие эротических материалов как таковых не относится к числу причин антиобщественного или криминального поведения. Однако порнография с демонстрацией насилия может негативно влиять на поведение.

Вопросы для размышления

1. Многие сексопатологи лечат аноргазмию, рекомендуя своим клиентам мастурбировать. Как мужчины относятся к мастурбирующим женщинам? Нравится им, если женщина мастурбирует во время полового акта или при других видах партнерского секса?

2. Как должны реагировать родители, если их дети мастурбируют, особенно если ребенок поглаживает свои гениталии на людях, может быть бессознательно?

3. В тексте указывается, что в большинстве человеческих сообществ мастурбация у взрослых не одобряется (или не одобрялась). Католическая церковь считает ее смертным грехом, равным убийству. Каков источник такого почти всеобщего негативного отношения к тому, что большинству сексологов представляется довольно безобидным действием?

4. Могут ли женщины впасть в "зависимость" от вибратора? Знаком ли вам кто-нибудь, у кого, по-видимому, развилась такая зависимость?

5. Каково значение того факта, что, по признанию гетеросексуальных мужчин и женщин, и те и другие чаще всего фантазируют на тему "смены привычного партнера"? Как это влияет (и влияет ли) на наши представления о взаимоотношениях мужчин и женщин?

6. В каких кинофильмах вы видели сцены, способные вызвать возбуждение и внести определенный вклад в эротические фантазии? А какие-нибудь отрывки из книг? Что может дать больше пищи фантазиям - кинофильмы или книги? Или что-то еще (назовите)?

Глава 15. Гетеросексуальность

Мне нравится, что на свете существуют два пола, а вам? (H.W. Thurber, R. Thurber Sauers. "Men, Women and Dogs", 1971.)

Мало кто не согласится с Дж. Тербером, поскольку огромное большинство населения составляют гетеросексуалы, т.е. те, кто выбирают себе сексуальных партнеров противоположного пола. В этой главе будут рассмотрены наиболее распространенные формы гетеросексуального поведения, а также некоторые его аспекты, связанные с характером отношений: добрачных, супружеских, внебрачных и между людьми, не состоящими в браке

Формы гетеросексуального поведения

Всегда существует опасение, что обсуждение этого вопроса прозвучит как перечень механических действий, подразумевающий, что для хорошего секса достаточно нажимать на нужные кнопки в нужный момент. К счастью, секс это нечто большее, чем механическое совокупление. Он зависит от испытываемых к партнеру чувств, настроения, желания и усвоенных норм поведения, т.е. от эмоциональных и этических факторов, которые находят выражение в физическом взаимодействии и во многом определяют качество совместно переживаемого события. Рискуя показаться банальным, следует тем не менее сказать, что не существует какого-то одного способа достижения сексуального удовлетворения: сексуальная техника, как и все другое, в значительной мере зависит от коммуникации между партнерами, с помощью которой каждый из них сообщает другому, какие ощущения ему нравятся, а какие не доставляют удовольствия. Об этом следует постоянно помнить при обсуждении физических (и практических) деталей сексуальной техники.

Любовные игры

Любую сексуальную активность, за исключением полового акта, нередко определяют как "предварительные ласки". Из этого термина следует, что они предшествуют (или должны предшествовать) половому акту, который, таким образом, становится "главным событием". Однако это не так, поскольку половое сношение не всегда занимает главное место в сексе: есть люди, предпочитающие другие формы сексуальной активности. Кроме того, если сначала происходит коитус, а затем уже другие сексуальные действия, то не придется ли назвать их "последующими ласками"? Во избежание таких неточностей мы предпочитаем отказаться от термина "предварительные ласки" и говорить вместо этого о любовных играх.

Ласки

Ласки (прикосновения) имеют разные функции. На одном уровне они дают возможность сообщить без слов о готовности, желании или требовании заняться сексом. На другом, сохраняя свои коммуникативные функции, они могут доставлять почти такое же сильное чувственное удовольствие, как половой акт и оргазм. На третьем уровне они создают ощущение комфорта и защищенности - подтверждение единения, преданности и доверия. С другой стороны, прикосновения могут быть механическими, лишенными эмоций способом обращения с телом другого человека. В этом случае суть сексуального взаимодействия, по-видимому, сводится к тому, что человек знает, как действовать

руками, куда прижать губы и как соединить отдельные, как бы не зависимые друг от друга органы. Такого рода механический подход превращает людей в предметы.

Лаская другого, человек удовлетворяет свою потребность не чувствовать себя одиноким, а тот, кого ласкают, испытывает удовлетворение от того, что его физическое присутствие желанно. Ласкать самому или чувствовать ласку со стороны преданного и желанного человека доставляет ощущение радости жизни и удовольствие от собственной чувственности.

Ласки - это не только прикосновения рук, но и разнообразные кожные контакты, дающие ощущения тепла, нежности и близости. Прекрасный пример такой ласки - поцелуй, который может быть безмерно чувственным и служит символом любви и интимной близости. Некоторые люди наслаждаются страстными, почти непрерывными поцелуями во время полового акта, тогда как другие целуются лишь время от времени или вообще не целуются в губы. По мнению психиатра М. Хол-лендера (Marc Hollender, 1971), женщинам больше, чем мужчинам хочется, чтобы их обнимали и прижимали к себе, хотя, как он подчеркивает, это не означает, что женщинам секс нужен меньше; все же иногда именно потребность в ласке заставляет женщину участвовать в половом акте.

Ласковые прикосновения могут быть ненаправленными, "разведочными" или имеют цель стимуляции. Ласки как средство сексуального возбуждения мы обсудим чуть ниже, а здесь следует указать, что, по утверждению многих, прикосновение в форме массажа - с сексуальной стимуляцией или без нее - дает возможность расслабиться и почувствовать собственное тело, что повышает качество полового акта.

Стимуляция гениталий



Предпочитаемый тип генитальных ласк значительно варьирует у разных людей и в разное время.

Многие формы стимуляции гениталий могут доставить сексуальное наслаждение и вызвать возбуждение. Область гениталий у обоих полов крайне чувствительна к прикосновению, и эта чувствительность возрастает по мере повышения эротического возбуждения. Те прикосновения, которые не вызывают возбуждения и даже неприятны человеку, пока он не испытывает сексуального желания, могут стать приятными и электризующими по мере усиления страстности; и наоборот, прикосновения, которые были "такими, как надо" в начале сексуальной игры, несколько позднее могут стать "слишком слабыми", "слишком медленными" или не соответствовать чем-то еще.

Многие считают, что партнеру должны быть приятны такие же прикосновения к гениталиям, как им самим. Поэтому мужчины часто энергично стимулируют клитор,

производя типичные для их собственной мастурбации быстрые энергичные потирания (Masters, Johnson, 1979), Женщины, напротив, нередко опасаются причинить партнеру боль, если они будут потирать половой член слишком энергично или сжимать мошонку слишком грубо. Кроме того, и у мужчин и у женщин часто бывает совершенно ошибочное представление о том, что может привести в возбуждение их партнера; так, многие мужчины в начале сексуальной игры вводят палец или пальцы во влагалище, хотя это возбуждает лишь немногих женщин, а некоторые находят это неуместным или даже неприятным (Masters, Johnson, 1966, 1979).

Эти наблюдения показывают, что откровенность между партнерами нужна не только для усиления удовольствия, получаемого от секса, но и для того, чтобы не причинять друг другу неприятных ощущений, физических или психологических. Без коммуникации в той или иной ее форме невозможно определить, что чувствует и хочет в данный момент партнер. Однако слова могут нарушить приятный настрой, и поэтому во многих случаях предпочтительны невербальные сообщения - с помощью прикосновения, движения, взгляда; если же они не достигают цели, то следует прибегнуть к словам.

Предпочитаемая форма игры с гениталиями различна не только у разных женщин, но и у одной и той же женщины в зависимости от ситуации. Многим женщинам нравится сильное длительное потирание тела клитора (как уже было отмечено в гл. 3, непосредственная стимуляция головки клитора часто бывает неприятна), тогда как другие предпочитают чередование стимуляции клитора с поглаживанием половых губ, лобка или промежности. Некоторым нравится, когда им вводят палец во влагалище или нежно, как бы дразня, поглаживают область вокруг входа во влагалище. Проникновение вглубь влагалища обычно бывает неприятно, если только женщина уже не достигла сильного возбуждения; однако даже и в этом случае она допускает такую форму стимуляции главным образом потому, что, как ей кажется, это возбуждает ее партнера (Masters, Johnson, 1960, 1979; Hite, 1977). Предпочтения женщин в этой области сильно различаются, о чем свидетельствует следующее высказывание 24-летней женщины:

Больше всего мне нравится, когда я очень возбуждена и Том вводит мне пальцы во влагалище. Если ему удается ввести внутрь три или четыре пальца, я достигаю самого сильного и лучшего оргазма. (Из картотеки авторов.)

При недостаточном увлажнении тканей вульвы и влагалища слишком много прикосновений или слишком сильное давление может вызвать раздражение. Поскольку клитор и половые губы сами не увлажняются, часто может помочь некоторое увлажнение их из влагалища. Для уменьшения трения можно использовать также слюну или искусственные смазки типа гелей, гипоаллергенных лосьонов или детского масла (baby oil).

В гл. 14 было отмечено, что многим женщинам нравится использовать вибратор во время мастурбации. Вибратор можно использовать и при сексе вдвоем, однако это следует обсудить с партнером. Некоторые мужчины считают вибратор своего рода механическим незванным гостем; других беспокоит, что использование вибратора - показатель того, что они сами не в состоянии справиться; тем не менее многие мужчины совершенно не возражают против применения вибратора при различных видах сексуального стимулирования, если он усиливает удовольствие партнерши. Некоторые пары сделали вибратор составной частью своей половой жизни и даже берут его с собой, уезжая в отпуск; другие же пользуются им лишь время от времени.

Как уже отмечалось, в сексуальности мужчин и женщин много общего, и это касается также предпочтений в отношении стимуляции гениталий. Мужчинам нравится разнообразие в этом плане, причем они отличаются по своим предпочтениям не только друг от друга, но и от самих себя в разное время.

Когда половой член не эрегирован, большинство мужчин предпочитают, чтобы половой член, а также внутреннюю поверхность бедер и мошонку слегка поглаживали или ласкали. Если прикосновения ограничены половым членом (или если стимулировать его слишком энергично), а он остается дряблым, то они вряд ли вызовут возбуждение и в определенном смысле даже вредны, поскольку мужчина начинает беспокоиться, что реагирует недостаточно быстро. Но как только появляется эрекция, массировать и сжимать половой член можно сильнее, усиливая тем самым возбуждение. Одна из самых обычных жалоб со стороны мужчин состоит в том, что их партнерши перестают крепко сжимать половой член после того, как он эрегирован достаточно сильно (Masters, Johnson, 1979). Мужчины обычно предпочитают, чтобы половой член гладили вверх и вниз, обхватив его пальцами; непосредственная стимуляция головки члена рукой иногда неприятна и может вызвать раздражение.

Некоторым мужчинам доставляет удовольствие, когда их партнерша слегка сжимает или поглаживает мошонку или же обхватив ее рукой, тогда как другим прямая стимуляция мошонки неприятна. Неумелое обращение с яичками иногда очень неприятно и может совершенно подавить сексуальные ощущения. Многим мужчинам нравится тактильная стимуляция уздечки (небольшая складка кожи прямо под венечной бороздой на нижней стороне полового члена), хотя относительно немногие женщины знают об этом. Мужчинам нравится также, когда половой член смазывают слюной, лосьоном или растительным маслом, чтобы усилить возбуждение. И мужчинам, и женщинам следует иметь в виду, что лосьоны или растительные масла, употребляемые для смазывания гениталий, не должны быть слишком холодными или слишком горячими и не содержать спирта, так как спирт раздражает мочеиспускательный канал мужчин и гениталии женщин.

Как это ни удивительно, но лишь относительно немногие мужчины и женщины показывают своим партнерам, как бы они хотели, чтобы прикасались к их гениталиям (Masters, Johnson, 1979). Конечно, это можно частично объяснить просто на словах ("Мне очень понравилось то, что ты делал(а) сегодня вечером - повтори это когда-нибудь еще"). Однако после разговора иногда остаются сомнения ("Что он [она] имеет в виду, говоря, что трогать нужно более энергично?"), так что прямая демонстрация во многих случаях служит простейшим способом точной передачи информации. Один из партнеров кладет свою руку на руку другого и показывает, чтоб он или она имеет в виду, говоря "сильно" или "слабо", где в точности следует погладить поскольку малейшее отклонение от нужного места имеет очень большое значение (Это легко поймут те, у кого чесалась спина в таком месте, до которого они сами не могли дотянуться. Стараясь объяснить кому-то другому, где именно чешется... "чуть выше... левее... теперь чуть выше... нет, назад, чуть ниже и ближе к середине..." вы можете быть ужасно нудным. Точно так же иногда бывает трудно выразить словами, какие действия доставляют сексуальное наслаждение.). Вы можете также показать партнеру, что именно вам нравится, сделав это сами у него на глазах; если он положит при этом свою руку на вашу, то реально почувствует ритм движений.

Орально-генитальный секс



Одновременная орально-генитальная стимуляция в положении "69".

Стимуляция гениталий мужчины при помощи языка, губ и рта известна под названием фелляции, а оральная стимуляция гениталий женщины - куннилингуса. С помощью таких стимуляций можно вызвать возбуждение или оргазм. Каждой из этих форм секса может заниматься один из партнеров, стимулируя другого, но возможна и одновременная взаимная стимуляция (ее иногда называют "69", так как инвертированное начертание этих цифр похоже на позицию партнеров при данной форме сексуальной игры).

Существует много видов орально-генитальной стимуляции, способных доставить наслаждение и вызвать возбуждение. Ни один из них нельзя назвать единственно "правильным". Облизывание, сосание, поцелуи и покусывание в любом участке гениталий вызывают приятные ощущения; давление (слабое, сильное или среднее), темп (быстрый, медленный или меняющийся) и тип используемых движений можно значительно варьировать, достигая разных эффектов. Увлажненность и тепло при орально-генитальном контакте оказывают в большинстве случаев сильное эротическое воздействие. Некоторым нравится дразнящая прерывистая стимуляция типа "стоп-старт", другим - более непосредственная и непрерывная. При этом тоже очень важно откровенное общение, позволяющее выяснить предпочтения партнера.

Многие женщины приходят в сильное возбуждение при оральной стимуляции клитора; она может производиться путем легких прикосновений языка к телу и головке клитора или же слабого или более сильного сосания клитора. При очень сильном возбуждении некоторым, хотя и немногим, женщинам нравится, если им слегка покусывают клитор. Другие действия, доставляющие удовольствие женщинам: оральная стимуляция клитора при одновременной мануальной (пальцами) стимуляции влагалища; оральная стимуляция малых губ (область, расположенная кнаружи от влагалища); ритмические движения языка у входа во влагалище (введение-выведение); мануальная стимуляция клитора (либо партнером, либо самой женщиной), в то время как оральная стимуляция направлена на другие части гениталий; можно также стимулировать женщину, дуя во влагалище или на клитор.

К способам фелляции относятся сосание головки или тела полового члена, облизывание его разных частей или мошонки и покусывание или поцелуи любых участков гениталий. Уздечка нередко бывает особенно чувствительна к оральной стимуляции, и большинство мужчин считает очень приятным теплые и влажные прикосновения к головке полового члена. Многим мужчинам очень нравится легкое поглаживание мошонки во время фелляции, а область непосредственно под мошонкой очень чувствительна к мануальному или оральному массажу.

Некоторым женщинам неприятно заниматься фелляцией, потому что когда они берут в рот эрегированный половой член, у них возникает ощущение, будто им заткнули рот кляпом, причем часто это связано с рвотным рефлексом, который вызывается давлением на заднюю часть языка или горло; эффект этот чисто физиологический, а не воображаемый. Даже если женщина удобно взяла в рот часть полового члена, энергичные фрикции возбудившегося партнера могут продвинуть его слишком далеко вперед и вызвать этот рефлекс. Его можно избежать двумя способами. Во-первых, женщина может обхватить тело полового члена рукой, что позволяет ей регулировать глубину его проникновения в ротовую полость и предупреждать внезапные толчки. Во-вторых, рвотный рефлекс легко свести до минимума, если глубину введения полового члена увеличивать очень постепенно, всякий раз чуть-чуть больше; можно даже попрактиковаться, вводя в рот какой-нибудь цилиндрический предмет (или несколько пальцев).

Другое возможное затруднение состоит в нежелании женщины, чтобы мужчина эякулировал ей в рот. Можно заранее договориться, что партнер извлечет половой член до наступления эякуляции, однако многие женщины после некоторого опыта преодолевают это препятствие. Некоторые предпочитают сразу после эякуляции прополоскать рот, потому что им неприятен вкус эякулята, другие относятся к этому спокойно, а есть и такие, которые проглатывают его. Заглатывание эякулята не представляет никакой опасности для здоровья, однако вряд ли он обладает каким-то благотворным действием (вопреки бытующему мнению, он не препятствует образованию угрей и не продлевает молодость).

Многие относятся к орально-генитальному сексу с энтузиазмом, тогда как другие считают его "грязным", извращенным, греховным, неприятным или просто непривлекательным. Среди последних многие обнаруживают, что после некоторых усилий (и попрактиковавшись) они легко переходят на некий приемлемый для них уровень орально-генитального секса. Приведем для иллюстрации рассказ 28-летнего мужчины.

Когда я впервые подумал об орально-генитальном сексе с женщиной, я испугался; мне казалось, что от запаха и вкуса у меня пропадет желание, что я не справлюсь с этим. Кроме того, я считал такого рода секс недостойным мужчины, хотя и не могу вспомнить, откуда я это взял. Но затем я оказался связанным с красивой женщиной, которая вовлекла меня в это, помогла мне не спешить и не волноваться. Буквально после нескольких попыток все мои страхи исчезли и я стал заниматься этим с удовольствием. (Из картотеки авторов)

Хотя большинство людей приучено к мысли, что гениталии - это нечто грязное, обычно ванна или душ и тщательное подмывание с мылом обеспечивают чистоту гениталий, однако не предохраняют от заражения любой болезнью, передающейся при таком сексуальном контакте. С научной точки зрения орально-генитальный контакт по гигиеничности сравним с поцелуями в губы. Естественные выделения гениталий относительно чистые, а их запах зависит от потребляемой пищи. Многие пары любят принять вместе душ или ванну перед тем, как заняться оральным сексом; некоторые занимаются таким сексом только с партнером, с которым они особенно близки. Для других, напротив, оральный секс служит тем пределом, дальше которого не следует заходить, чтобы не допустить интимной близости (и беременности), о чем свидетельствует следующее признание 22-летней девушки.

В школе я узнала, что если устрою парню хороший минет, он не будет настаивать на траханьи. Вот я и сохранила невинность (если не считать рта) при очень интенсивной половой жизни в течение трех лет. Все были довольны! (Из картотеки авторов)

Одно последнее слово об орально-генитальном сексе: некоторые люди считают фелляцию и куннилингус гомосексуальными актами, даже если в них участвуют гетеросексуальные пары. Орально-генитальным сексом занимаются как многие гомосексуалы, так и большинство гетеросексуалов. Саму по себе эту активность нельзя считать ни гомо-, ни гетеросексуальной.

Анальный секс

Стимуляцию анального отверстия при сексуальной активности производят несколькими способами: мануальным, оральным или путем введения в него полового члена. Хотя анальный секс иногда считают строго гомосексуальным актом, многие гетеросексуальные пары порой используют в сексуальной игре анальную стимуляцию.

Такая стимуляция может быть главным элементом сексуальной активности или дополнением к стимуляции других типов. Например, многие пары иногда во время полового сношения производят мануальную стимуляцию ануса (слегка потирая его край пальцем или вводя в него палец), а другие делают это во время орально-генитального секса. Анальный секс в любой форме вызывает сильное возбуждение и приводит к оргазму и мужчин, и женщин. Однако многие относятся к анальному сексу резко отрицательно, считая его неэстетичным, противоестественным, извращенным, отвратительным или просто непривлекательным. За последнее десятилетие страх заражения вирусом СПИДа еще больше усилил это негативное отношение.

Хотя анальный секс может доставлять удовольствие, он иногда создает физический или эмоциональный дискомфорт. Обычно при стимуляции анальный сфинктер сжимается и попытки ввести в него половой член, даже постепенно и осторожно, могут причинить боль, а при энергичном введении возможны и травмы. Чтобы уменьшить риск, лучше всего щедро использовать различные смазки, и, прежде чем вводить половой член, осторожно расширить анальное отверстие с помощью мануальной стимуляции.

Следует также представлять себе, что выстилка прямой кишки очень тонкая и нежная, а поэтому относительно легко разрывается (Agnew, 1986). Разрывы слизистой (даже мелкие и безболезненные) могут послужить воротами для проникновения в кровоток всевозможных патогенных организмов, в том числе вируса СПИДа, возбудителей гонореи и сифилиса. Поэтому многие специалисты рекомендуют пользоваться при анальном половом акте презервативами (см. также гл. 20).

И последнее замечание об анальной стимуляции. Все, что вводилось в анальное отверстие, можно вводить во влагалище лишь после тщательного мытья. Бактерии, постоянно присутствующие в прямой кишке, могут вызвать вагинальные инфекции, так что переходить от анального полового акта (или введения в анус пальца) к вагинальному (или введению во влагалище пальца) не следует

Совокупление или коитус

Для многих людей главным критерием гетеросексуальности служит половое сношение с введением полового члена во влагалище, т.е. совокупление, или коитус. В сотнях

руководств по супружеской жизни приводятся инструкции о том, как вести себя при половом акте; хотя в большинстве из них это называется "занятием любовью", основная идея тем не менее заключается в том, что наилучший секс достижим при механическом следовании изложенным рекомендациям. Как пишет Дж. Грир в "Евнухе женского пола" (G. Greer, 1972):

Скрытый смысл этих инструкций, сводящийся к тому, что существует некий среднестатистический половой акт, который при правильном проведении всегда приведет к удовлетворению, подавляет и вводит к заблуждение. Настоящее сексуальное удовлетворение не ограничивается малюсеньким комком нервов, а захватывает весь организм.

В этой книге мы многократно говорили об индивидуальных различиях в половой реактивности. Каждый человек - единственное в своем роде сексуальное существо со своими личными предпочтениями и идиосинкразиями, сложившимися в результате прошлого опыта, текущих потребностей, настроения, личных особенностей и множества других переменных. Каждый из нас может также обнаружить, что его организм в разное время реагирует по-разному, даже при почти одинаковых внешних обстоятельствах. Неудивительно, что когда мы вводим в это уравнение еще и партнера, описать идеальное половое сношение становится невозможно. Мы обсудим некоторые аспекты совокупления, описав сначала технику (т.е. различные положения партнеров при половом акте), а затем и стиль его проведения.

Положение "мужчина сверху, лицом к лицу"



Самое обычное среди американцев положение (позиция) при половом акте: женщина лежит на спине, сильно раздвинув ноги, а мужчина лежит на ней, обратившись к ней лицом. В таком положении относительно удобно ввести половой член, а кроме того, сохраняется зрительный контакт и возможность поцелуев. Женщина может, если ей хочется, поднять ноги или обхватить ими спину или плечи партнера; при этом половой член глубже проникает во влагалище. Рассматриваемое положение обеспечивает большую вероятность зачатия, так как семенная жидкость скапливается во влагалище ближе всего к отверстию шейки матки. Несмотря на частое использование положения "мужчина сверху", у него есть ряд недостатков. Многие женщины чувствуют себя при этом как бы "пригвожденными" к постели, и подвижность их таза ограничена. Женщина почти не может регулировать глубину проникновения полового члена, а кроме того, затрудняется для обоих партнеров мануальная стимуляция клитора. Хотя свобода действий мужчины ничем не ограничена, ему утомительно поддерживать вес своего тела, опираясь на локти и колени, и если его мышцы устанут, он может испытывать физическое перенапряжение. Кроме того, контролировать эякуляцию в этом положении обычно труднее, чем во многих

других. Оно неудобно также в тех случаях, когда мужчина намного тяжелее женщины, или если женщина находится на поздних сроках беременности.

Положение "женщина сверху, лицом к лицу".





Другое популярное положение - женщина сверху. В этом положении она либо сидит, либо лежит на своем партнере, причем в отличие от положения "мужчина сверху" она имеет возможность в значительной степени регулировать движения, глубину проникновения и темп. Она может ласкать партнера, а у него свободны руки, и он тоже может гладить ей руки, грудь, гениталии и другие части тела; визуальная стимуляция и отсутствие необходимости поддерживать свой вес при этом положении вдохновляют мужчину на такие ласки. Вообще положение "женщина сверху" - наилучшее для мужчины, желающего контролировать эякуляцию. Это положение чаще всего используется при сексотерапии в случаях затруднений с достижением оргазма у женщины, поскольку оба партнера имеют возможность проводить мануальную стимуляцию клитора. Оно удобно также на поздних сроках беременности.

Отметим некоторые недостатки этого положения. Оно не нравится парам, привыкшим думать, что мужчина "всегда" должен быть сверху. Находясь над мужчиной, женщина занимает ведущую, как бы "агрессивную" позицию и некоторые мужчины видят в этом угрозу своему мужскому достоинству. В чисто практическом плане некоторые мужчины считают, что в этом положении им трудно совершать фрикции.

При положении "женщина сверху" очень важно правильно вводить половой член. Женщине никогда не следует удерживать эрегированный половой член под прямым углом к телу мужчины и пытаться сесть на него, так как это может оказаться неприятно одному или другому партнеру. Половой член должен располагаться под углом от 45 до 60° (в направлении к голове мужчины), поскольку это соответствует углу наклона влагалища,

когда женщина наклонена вперед; в таком случае она сможет соскользнуть назад, на член. После небольшой практики это становится просто.

Введение сзади.





В позициях, при которых половой член вводится во влагалище сзади, лицо мужчины обращено к спине женщины. Во время полового акта женщина стоит на коленях, выгнув спину и опираясь на ладони; или лежит лицом вниз, подложив под бедра подушку; или партнеры могут лежать на боку, мужчина позади женщины, прижавшись к ней. Введение сзади возможно также в сидячем или стоячем положении. В большинстве этих положений мужчина обычно может дотянуться до тела своей партнерши и стимулировать ее клитор или груди, но целовать ее в губы будет трудно, а визуальный контакт невозможен. По этим причинам многие партнеры чувствуют, что половой акт менее интимен, а некоторые пары отвергают это положение, потому что оно слишком напоминает анальный секс. Однако соприкосновение с ягодицами при фрикциях может быть приятным, а если женщина сомкнет ноги, то это сильно стимулирует половой член.

Бок о бок, лицом к лицу.



В этом положении партнеры лежат бок о бок, обратившись лицом друг к другу. Поскольку ни один из них не обременен весом другого, это очень вольное положение, допускающее всевозможные неспешные ласки и объятия. У обоих партнеров по крайней мере одна рука свободна. Главный недостаток такого положения - некоторая трудность введения полового члена во влагалище. Поэтому многие пары начинают половой акт в каком-нибудь из других положений лицом к лицу, а затем поворачиваются на бок. Есть и два других недостатка: во-первых, половой член гораздо чаще выскальзывает из влагалища, чем при других положениях, а, во-вторых, трудно производить энергичные движения тазом.

Время, место, темп и другие детали



Ну, Норин, что плохого в том, чтобы все было идеально ? ("Плей-бой", 1989).

Помимо разнообразия позиций партнеров, чрезвычайно вариабелен и стиль полового акта, в котором варьирует обстановка от спальни до автомобиля или лона природы. Он может происходить в темноте, при слабом освещении или при ярком дневном свете. Одним нравится секс под музыку, другие любят использовать при этом водяной матрац или кучу подушек, а кто-то предпочитает горячую ванну или коврик перед камином.

Важную роль играют также время и темп. Подобно тому, как голод можно утолить разными способами - схватить что-нибудь на ходу, отправиться в дорогой ресторан или попросту пообедать дома - сексуальный аппетит можно удовлетворить "наспех", длительным и неторопливым любовным свиданием или обычным половым актом без особых ухищрений. Ни один вариант нельзя назвать лучшим во всех случаях: его качество и получаемое удовольствие зависят от потребностей и реакций участвующих в нем людей.

Многие гетеросексуальные пары подходят к половому акту по-деловому: он всегда происходит в одно и то же время (обычно поздно ночью), в одной и той же обстановке, в одном и том же положении, а иногда и сопровождается одним и тем же диалогом. Некоторым это может показаться скучным, других же вполне устраивает и удовлетворяет: предсказуемость не всегда означает однообразие. С другой стороны, многим парам доставляет удовольствие более творческий подход к сексуальной жизни, и они варьируют не только положения и способы стимуляции, но также время, обстановку, и даже то, кому из партнеров отводится более активная роль.

Традиционно считалось, что женщины должны быть относительно пассивны в сексе, предоставляя всю инициативу мужчине, но за последнее десятилетие этот порядок значительно изменился. На основании многих тысяч опросов у нас создалось впечатление, что во многих случаях женщины играют теперь гораздо более активную роль в сексуальных взаимодействиях вообще и в совокуплении в частности. Меньшая связанность полоролевыми стереотипами означает, что теперь многие женщины чувствуют себя вправе показывать или говорить своим партнерам, что им нравится, а что их не удовлетворяет. Такая открытость идет на пользу обоим партнерам, повышая шансы на то, что женщина будет получать удовольствие от секса, и снимая с мужчины обязанность быть экспертом, всегда знающим, что именно надо делать, чтобы удовлетворить ее.

Несколько примеров покажут, на чем основан последний вывод. Дело в том, что во многих случаях женщине легче ввести половой член во влагалище, потому что: 1) она знает, когда она "готова"; 2) она точно знает, где вход во влагалище; 3) она может ввести член под нужным углом. Когда мужчина сам берется ввести половой член, ему нередко приходится искать влагалище (в отличие от этого женщине вряд ли трудно обнаружить эрегированный член (Это можно подтвердить простым экспериментом. Попробуйте в темноте попасть ложкой в собственный рот или в рот своего партнера. Вы без всякого труда попадете в свой рот, поскольку инстиктивно знаете, где он находится; что же касается партнера, то вы скорее всего попадете ему в нос или подбородок.)); кроме того, он часто приступает к половому акту, прежде чем его партнерша готова к этому (Masters, Johnson, 1966, 1970, 1979). Женщина может также проявить активность, сообщив партнеру, какой она предпочитает темп фрикций. Многие мужчины автоматически начинают с глубоких энергичных фрикций, но на большинство женщин более сильное стимулирующее действие оказывают относительно медленные и неглубокие фрикции, по крайней мере вначале (Masters, Johnson, 1966, 1970; Hite, 1977).

Мы не можем завершить этот раздел, не подчеркнув еще раз, что сексуальное наслаждение зависит от того, как двое людей относятся друг к другу, а не от механического умения. Это не означает, что для хорошего секса необходима длительная серьезная связь; чаще всего главную роль играет открытость общения между партнерами. Старание достигнуть артистизма в эротике путем усердия и практики и стремление к одной лишь этой цели скорее могут нарушить спонтанность наслаждения, чем сделать сексуальное свидание незабываемым.

Гетеросексуальное поведение

Перейдем теперь от проблем сексуальной техники к гетеросексуальному поведению в целом. Как мы уже отмечали, описания сексуального поведения, как и сам подход к нему, содержащиеся в разных источниках, имеют методологические недостатки. Тем не менее полезно ознакомиться с результатами некоторых исследований, не забывая при этом, что

все они дают лишь приблизительное представление об истинных тенденциях в поведении, которые пытаются выявить.

Добрачный секс

Добрачный секс часто считают синонимом добрачных половых сношений, однако возможна добрачная половая активность без коитуса. Кроме того, из самого термина "добрачный секс" вытекает, что конечная цель любого человека в нашем обществе - законный брак.

Статистические данные о возрасте при первом половом сношении, а также о других формах сексуального поведения подростков и молодых людей приведены в гл. 9, однако имеются и некоторые другие интересные сведения. В 1953 г. Кинзи с сотрудниками шокировали многих своими сообщениями, что половина опрошенных ими женщин имели половые сношения до брака. Среди мужчин добрачные половые связи имели 68% лиц с высшим образованием, 85% - со средним и 98% - с начальным (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948).

В двух из более поздних обзоров отмечается заметное повышение частоты добрачных половых связей, во всяком случае среди молодых женщин. Поданным Ханта (Hunt, 1975) 81% замужних женщин имели добрачные связи в возрасте от 18 до 24 лет (табл. 15.1). Опрос, проведенный журналом Redbook (Levin, 1975), показали, что 90% женщин моложе 25 лет имели, по их словам, половые сношения до брака, а среди всех опрошенных женщин, вступивших в брак между 1970 и 1973 гг., таких было 89%. Хотя возможно, что значительные расхождения между этими данными и данными Кинзи отражают смещение выборки (например, 100 000 женщин, ответивших на анкету Redbook, были моложе, более образованны и экономически более обеспечены, чем население в целом), однако не вызывает сомнений, что добрачная половая жизнь распространена среди женщин в настоящее время гораздо шире, чем в прошлом, и что первый половой акт совершается ими во все более молодом возрасте (дополнительные сведения см. Hopkins, 1977; Barrett, 1980; Wolfe, 1980; Zelnik, Kantner, 1980; Bigler, 1981).

Таблица 15.1

Распространенность добрачных половых сношений по данным опроса лиц, состоящих в браке (Hunt, 1974)

Возраст, годы	18-24	25-34	35-44	45-54	55 и старше
Мужчины, %	95	92	86	89	84
Женщины, %	81	65	41	36	31

Эти изменения, по-видимому, отражают сдвиг в отношении к добрачному сексу, произошедший в США между 1963 и 1975 гг.: как показали три опроса, проведенные в масштабах всей страны (J.L. Reiss, 1980), доля взрослых людей, считающих добрачные половые связи совершенно недопустимыми, упала за эти годы с 80 до 30%. Данные исследования, проведенного журналом "Плейбой", подтверждая в целом эти результаты, тем не менее свидетельствуют, что 29% мужчин и 53% женщин в возрасте от 18 до 24 лет не одобряют добрачные половые отношения для мужчины, за исключением случаев очень

сильной любви; добрачные половые связи для женщин в аналогичных случаях не допускали 44% мужчин и 71% женщин (Hunt, 1975).

Таким образом, создается впечатление, что для подростков и молодых людей добрачные половые сношения считаются допустимыми только при очень сильной любви и привязанности (Hunt, 1975; J.L. Reiss, 1970). Секс как развлечение или случайный секс гораздо менее распространен, чем секс на фоне настоящих близких отношений, однако так муссируется в литературе и журналистике, что молодым людям часто кажется, будто большинство их однолеток ведут себя в сексуальном плане гораздо свободнее, чем они сами. То обстоятельство, что большинство молодежи допускает добрачные половые сношения, когда мужчину и женщину связывают взаимная любовь и преданность, но относится менее снисходительно к случайным эпизодам проявления чувственности, показывает, что прежние культурные ценности не отброшены, хотя и несколько модифицированы (Hunt, 1975; Hopkins, 1977).

Не все подростки или молодые люди готовы мириться с легким отношением к проблеме девственности, хотя причины их отрицательного отношения к добрачному сексу весьма разнообразны. Для рассмотрения этого вопроса удобно воспользоваться классификацией лиц, не состоящих в браке, предложенной Д'Оджелли и Д'Оджелли (D'Augelli, D'Augelli, 1977): неопытные девственники (цы) - люди, не имевшие до поступления в высшие учебные заведения сколько-нибудь серьезных любовных свиданий и вообще не уделявшие большого внимания сексу; убежденные девственники (цы) - люди, твердо убежденные в недопустимости добрачных половых сношений (часто это убеждение имеет прочную религиозную основу); потенциальные не-девственники (цы) - люди, еще не нашедшие себе партнера или соответствующих условий для коитальных половых сношений и во многих случаях, по-видимому, очень опасающиеся беременности; обрученные не-девственники (цы) - люди, имевшие половые сношения только с одним партнером на основе прочной привязанности и любви; свободномыслящие не-девственники (цы) - люди с более снисходительными установками к добрачным половым отношениям, ценящие физическое наслаждение, получаемое от секса, и не нуждающиеся в любви в качестве его оправдания; запутавшиеся недевственники (цы) - люди, "вступившие в половые сношения без ясного представления о том, зачем они это делают, какое место занимает в их жизни секс и какое он оказывает на них влияние" (D'Augelli, D'Augelli, 1977). Те, кто относятся к последней категории, часто используют секс в попытке завязать какие-то более прочные отношения с другим человеком, а после того как это не удается, обычно сомневаются, стоило ли заниматься сексом.

За последние четыре десятилетия в добрачном половом поведении произошли и другие заметные изменения. Во-первых, относительно немногих молодых мужчин посвящают в половую жизнь проститутки (Hunt, 1975; Sarrel, Sarrel, 1979), хотя Кинзи и др. (Kinsey et al., 1948) установили, что более 25% мужчин с высшим образованием, не вступившие в брак к 25 годам, и 54% мужчин со средним образованием имели добрачные половые сношения с проститутками. Во-вторых, гораздо больше молодых неженатых мужчин и незамужних женщин занимаются теперь орально-генитальным сексом, чем это было во времена Кинзи (Gagnon, Gagnon, 1987): число лиц, занимающихся фелляцией, увеличилось вдвое, а процент прибегающих к куннилингусу возрос от 14 до 69% (Hunt, 1975). В-третьих, в последние годы добрачный секс стал более разнообразным. Люди охотно пробуют разные позиции, употребляют наркотики (особенно марихуану) для усиления сексуальных и чувственных ощущений, а также занимаются анальным сексом (Hunt, 1975; Levin, 1975; Hite, 1977; Reinisch, 1990). О тенденциях к экспериментированию свидетельствуют также данные об увеличении числа партнеров у женщин в добрачном сексе (Levin, 1975; Wolfe, 1980; Wyatt, Peters, Guthrie, 1988a, b; De Buono et al., 1990).

Наконец, значительно возросла, особенно среди женщин, средняя частота добрачных половых сношений. Если по данным Кинзи и др. (Kinsey et al., 1953), среди женщин в возрасте 21-25 лет одна треть имела половые сношения в среднем 1 раз в 3 недели, то спустя 20 лет Хант (Hunt, 1975) показал, что в его выборке женщин в возрасте 18-24 лет у одной трети эта частота была чуть выше одного раза в неделю. Существенно возрос также процент женщин, достигавших оргазма при добрачных половых сношениях (Hunt, 1975; Wolfe, 1988).

Другим изменением в добрачном половом поведении было более широкое распространение сожительства гетеросексуальных партнеров, не связанных законным браком. Влияние такой формы взаимоотношений на половое поведение см. гл. 10 "Сожительство".

Вопрос о влиянии добрачных половых сношений на взаимоотношения супругов изучен недостаточно; тем не менее в ряде исследований выявлены возможные проблемы. В 1960-х гг. многие авторы пришли к выводу, что браки бывают более благополучными, если супруги до вступления в брак оставались целомудренными (Muus, 1960; Reiss, 1966; Shope, Broderick, 1966).

Против этого вывода и лежащих в его основе данных было выдвинуто возражение, что люди, стыдившиеся или боявшиеся вступать в добрачные половые связи, точно так же стыдились или боялись признаться, что их брак оказался несчастливым (Ellis, 1965). Однако проведенное в 1969 г. широкомасштабное обследование установило, что у людей с обширным добрачным сексуальным опытом обычно бывают также многочисленные внебрачные связи, а их браки оказываются менее счастливыми (Athanasiou, Sarkin, 1974).

Нам кажется, что более тщательно спланированные исследования могли бы выявить и положительные результаты добрачного секса, например более свободную коммуникацию между партнерами и меньшую подавленность сексуальности. Мы хотим также подчеркнуть, что те пары, которые распадаются до вступления в брак по причине сексуальной несовместимости (группа, которая до сих пор вообще не изучалась), возможно, оказывают друг другу большую услугу.

Супружеский секс

Свыше 90% американцев вступают в брак вскоре после 30 лет. Среди жителей США в возрасте от 45 до 54 лет только около 4% женщин и 6% мужчин ни разу не вступали в брак (U.S. Bureau of the Census, 1978). В этом разделе мы рассмотрим характер полового поведения в браке - частоту половых сношений, оргазм, сексуальную технику и удовлетворенность при традиционном браке, а затем вкратце коснемся сексуальной стороны альтернативных форм брака.

Частота супружеских сношений

Частота половых сношений у семейной пары в возрасте 20-40 лет составляет в среднем 2-3 раза в неделю, а затем медленно снижается до 1 раза в неделю и менее после 50 лет. Однако данные обследований, на которых основаны приведенные цифры (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948; Kinsey et al., 1953; Bell, Bell, 1972; Hunt, 1975; Levin, Levin, 1975; Trussell, Westoff, 1980), весьма неточны из-за ограниченности методологических возможностей (рис. 15.1).

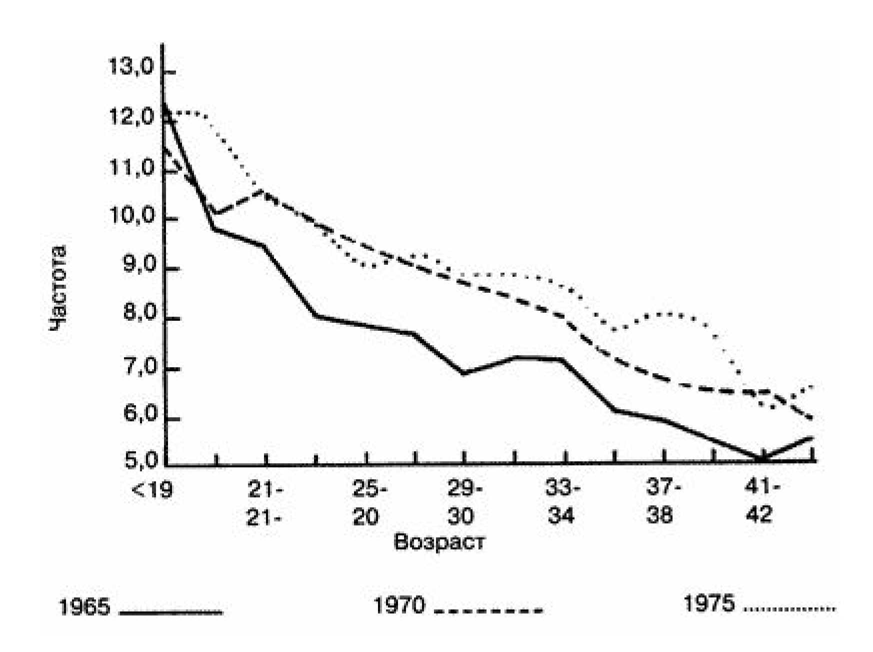


Рис. 15.1 Средняя частота половых сношений

Средняя частота половых сношений у замужних женщин в США. Данные относятся к 4 неделям, предшествовавшим опросу (Trussell, Westoff, 1980)

"Средние" частоты не дают представления об истинной картине, поскольку диапазон индивидуальных различий очень велик. Некоторые молодожены практически не занимаются сексом, тогда как другие совершают по несколько половых актов в сутки. Хотя в общем частота половых сношений с увеличением длительности брака понижается, у некоторых супругов сексуальные отношения с течением времени улучшаются, и их половая активность после 15-20 лет брака определенно повышается. По-видимому, частота половых сношений никак не зависит от уровня образования или рода занятий (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948; Kinsey et al., 1953; Hunt, 1975). Влияние глубокой религиозности супругов на их сексуальность остается неясной. Имеются данные, что у менее религиозных мужей частота супружеского секса выше (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948). У женщин аналогичная зависимость по одним данным отсутствует (Kinsey et al., 1959), по другим (опрос, проведенный журналом "Плейбой"; Hunt, 1975) - тоже имеет место, наконец, по третьим (Levin, 1975) частота супружеского секса у очень религиозных и нерелигиозных женщин одинакова, хотя первые чаще сообщали о своей активной роли в занятиях любовью.

Оргазм

Несмотря на утверждения ряда авторов, что мужчины достигают оргазма почти при каждом половом сношении со своими женами, по другим данным (Hunt, 1975) 8% мужчин в возрасте 45 лет и старше не достигают оргазма - одни иногда, другие чаще, а 7% женатых мужчин в возрасте 24-44 года - по крайней мере в 25% случаев. Это не означает, что эякуляция не происходит из-за каких-либо нарушений: иногда она уже имела место в другой сексуальной игре, а иногда у мужчины просто не возникло потребности в этом.

Кинзи и др. (1953) сообщают, что 25% женщин, состоявших в браке один год, не испытывали оргазма при половых сношениях с мужьями, однако после 20 лет замужества эта цифра упала до 11%. В этом же исследовании 45% жен сообщили, что они стали достигать оргазма в 90-100% всех половых сношений на 15-м году замужества. По данным Ханта (Hunt, 1975), 53% замужних женщин испытывали оргазм "при каждом или

почти каждом" половом сношении после 15 лет брака. По данным обзора, опубликованного в Redbook, 63% опрошенных замужних женщин достигают оргазма всегда или почти всегда и лишь 7% ни разу не испытали его.

Для некоторых супружеских пар отсутствие оргазмической реакции может оказаться серьезной проблемой, о чем свидетельствует приведенный ниже рассказ 39-летней женщины.

Хотя я чувствую себя достаточно свободной в сексуальном плане, готова пробовать что-то новое и легко возбуждаюсь, за 18 лет замужества я ни разу не испытала оргазма при половом сношении. Прежде это меня не очень беспокоило, однако за последние 5 лет я стала думать об этом все больше и больше. Мы с мужем испробовали все, что можно, без всякого успеха. Спустя какое-то время я стала терять интерес к сексу и меня охватила тяжелая депрессия. Это сильно сказывается на нашем браке, и я не знаю, что делать. (Эта женщина и ее муж в дальнейшем прошли у нас курс сексотерапии и стали довольно легко достигать оргазма при половом сношении. Иногда для того чтобы справиться с долголетними проблемами, гораздо лучше обратиться к врачу, чем действовать по принципу "сделай сам".) (Из картотеки авторов)

Другим супружеским парам отсутствие у женщины оргазма при коитусе не кажется ни проблемой, ни угрозой их браку, как объяснила нам одна женщина в возрасте 31 года.

Я никогда не испытывала оргазма при половом сношении, но меня это совершенно не беспокоит. Мне кажется, моего мужа это волнует больше, чем меня. Я очень люблю тесную близость и ласки во время секса и испытываю возбуждение; отсутствует только оргазм. Если мне бывает необходим оргазм для разрядки, я могу прибегнуть к мастурбации, однако для меня оргазм - не самая важная часть секса. (Из картотеки авторов)

Сексуальная техника

Если верить данным обследований, то сексуальная техника при супружеском сексе за последние 40 лет заметно изменилась. Например, многие супружеские пары, участвовавшие в опросах Кинзи, избегали орально-генитального секса, тогда как теперь включают в свой репертуар и фелляцию, и куннилингус (табл. 15.2). Согласно Redbook, 87% опрошенных замужних женщин сообщили, что часто или иногда прибегают к куннилингусу, а 85% сообщили то же самое о фелляции (Tavris, Sadd, 1977). Точно так же Кинзи и его сотрудники в своих первых трудах не упоминают об анальном сексе у супружеских пар, а в более позднем сообщении (Gebhard, Johnson, 1979) указывается, что с этой формой половой активности знакомы около 9% лиц, состоящих в браке. Однако по другим данным, примерно 25% (Hunt, 1975) и 43% (Levin, 1975) замужних женщин сообщили, что они имеют опыт анального секса (при этом большинство женщин отмечали, что эта форма сексуальной активности нравится им меньше всех других.)

Таблица 15.2

Использование орально-генитального секса супружескими парами (Hunt, 1974)

Пол и образование	Фелляция, %		Куннилингус, %	

	1938-1946 (Кинзи)	1972 (последние данные)	1938-1946 (Кинзи)	1972 (последние данные)
Мужчины, среднее	15	54	15	56
Мужчины, высшее	43	61	45	66
Женщины, среднее	46	52	50	58
Женщины, высшее	52	72	58	72

К значительным изменениям в супружеской сексуальной технике относятся увеличение времени, затрачиваемого на сексуальную игру, и использование более разнообразных позиций при половом акте. Если по данным Кинзи и его сотрудников, эта игра часто сводилась к нескольким поцелуям у людей со средним образованием и продолжалась в среднем всего 12 мин у людей с высшим образованием, Ханг, изучая фактически следующее поколение, установил, что и у тех, и у других она занимает в среднем 15 мин. Кинзи считал, что у 3/4 женатых мужчин эякуляция происходила не позднее, чем через 2 мин после введения полового члена во влагалище, а по данным Ханта супружеский половой акт продолжается теперь в среднем 10 мин. Возможно, это изменение связано с осознанием супругами того, что женщина получает от секса больше удовольствия и вернее достигает оргазма, если половой акт протекает медленно.

Большее разнообразие позиций при супружеском сексе можно объяснить возросшим пониманием того, что положение "мужчина сверху" ограничивает свободу действий женщины. В табл. 15.3 приведены данные и о других позициях, которые часто используют супружеские пары.

Таблица 15.3

Частота использования разных позиций при супружеском сексе

Позиция	Кинзи и др.	1 Хант2	
		18-24 года	35-44 года
Женщина сверху	16%	37%	29%
Бок о бок, лицом к лицу	12%	21%	15%
Введение сзади	4%	20%	8%
Сидя	-	4%	2%

1 - Данные Кинзи относятся к супружеским парам, принадлежащим к белой расе и имеющим высшее образование; цит. по Gebhard, Johnson (1979).

2 - Данные Ханта (Hunt, 1975) относятся к супружеским парам белой расы.

Сексуальное удовлетворение

Какое влияние оказывает удачный брак на сексуальное удовлетворение супругов? Какое отношение имеет характер сексуальной жизни супружеской пары к их удовлетворенности своим браком в целом? На такие вопросы можно ответить лишь частично, поскольку научные данные здесь сравнительно немногочисленны.

Сообщения самого Кинзи не содержали оценок зависимости между сексуальным соответствием партнеров и их счастьем в браке, однако анализ его данных, проведенный впоследствии (Gebhard, 1966), позволил сделать вывод, что вероятность достижения оргазма женшиной в "очень счастливых" браках (по оценкам самих опрошенных) выше, чем в остальных. Остается неясным, достигалась ли удовлетворенность сексуальными отношениями благодаря очень счастливому браку, или наоборот.

Данные из обзора в "Плейбой" показывают, что преобладающее большинство женатых мужчин и замужних женщин, описывающих свой супружеский секс как доставляющий большое удовольствие, оценивали свои брачные отношения с мужем (женой) как очень близкие (Hunt, 1975). Среди тех, кто считал свой супружеский секс неприятным или недоставляющим удовольствия, никто не назвал отношения с мужем (женой) очень близкими. Интересно отметить, что среди супругов, оценивающих свои отношения как неблизкие или отчужденные, 59% мужчин и только 38% женщин называли супружеский секс "по большей части" или "очень" приятным. Очевидно, мужчины чаще, чем женщины, способны получать от секса удовольствие при натянутых отношениях между супругами.

В обзоре журнала "Редбук" (Levin, 1975) показана корреляция между частотой половых сношений и удовлетворенностью ими женщины. Отмечено также, что 81% женщин, достигавших оргазма всегда или в большинстве случаев, оценивали свой брак в сексуальном аспекте как удачный или очень удачный, а среди женщин, достигавших оргазма лишь изредка или не достигавших его никогда (или не знавших, испытывают ли они оргазм), считали свои сексуальные отношения хорошими лишь 52 и 29%, соответственно. Обнаружена также тесная корреляция между способностью жены говорить своему мужу о своих сексуальных желаниях и ощущениях и качеством супружеского секса.

В последующем (Blumstein, Schwartz, 1983) зависимость между частотой половых сношений и сексуальным удовлетворением была подтверждена (рис. 15.2). Среди супружеских пар, имевших половые сношения трижды в неделю или чаще, 89% мужей и жен были удовлетворены своей половой жизнью, тогда как при частоте коитусов от одного раза в неделю до одного раза в месяц удовлетворенных было 53%, а при еще меньшей частоте - лишь 32%. Другим важным фактором, связанным с сексуальным удовлетворением, было равноправие в инициации полового акта или отказа от него. Среди мужей и жен, сообщивших о своих равных правах в этом отношении, удовлетворенных качеством половой жизни было 80%, тогда как в браках, где инициатива принадлежала лишь одной стороне - 66%. Что касается отказа от полового акта, то при равноправии в этом отношении удовлетворенные качеством половой жизни составляли 80% мужей и жен, а при отсутствии равноправия - 58% мужей и 61% жен.

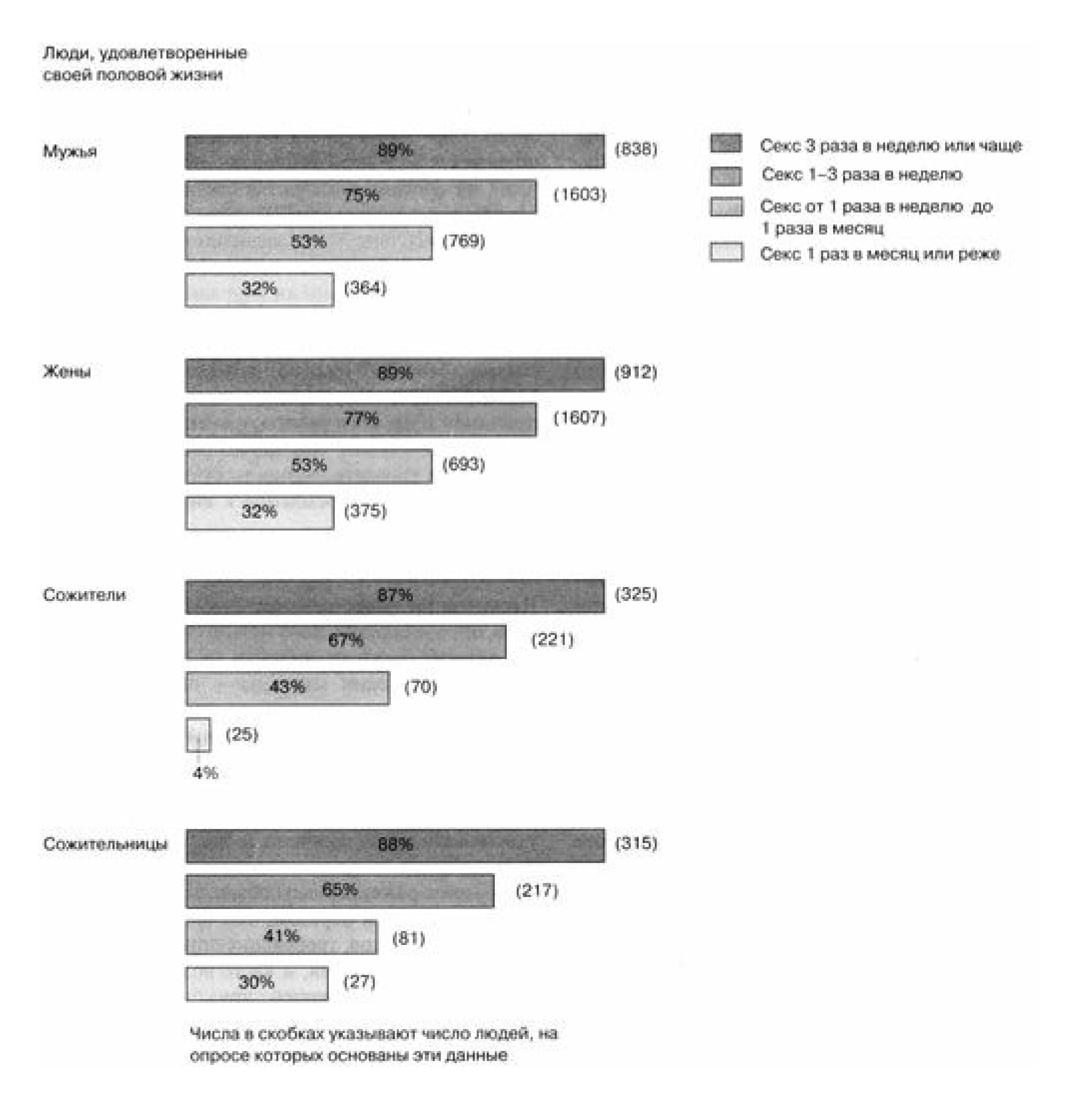


Рис. 15.2

Частота половых сношений и качество половой жизни (Blumstein, Schwartz, 1983)

Создается впечатление, что мужчины-гетеросексуалы, занимающиеся со своими женами оральным сексом, больше довольны своими супружескими отношениями, чем те, кто не делает этого (Blumstein, Schwartz, 1983). Однако для женщин участие в оральном сексе, по-видимому, не связано с сексуальным удовольствием, возможно потому, что многие из них воспринимают и фелляцию, и куннилингус как некую форму подчинения или унижения. Зато коитус, по-видимому, играет более важную роль в половом удовлетворении для женщин, чем для мужчин (Blumstein, Schwartz, 1983).

Проведение опросов - не единственный способ выяснения зависимости между удовлетворенностью сексуальными и другими аспектами брака, а попытки точно сформулировать, чем именно определяется удовлетворенность, может завести не туда, куда надо. Одного человека удовлетворяет брак, обеспечивающий экономическую защищенность и свободный от крупных конфликтов, тогда как другой считает такой брак сносным, но неудовлетворяющим. Аналогичным образом один судит о качестве сексуальных отношений главным образом по частоте половых сношений, а для другого важны прежде всего разнообразие сексуальной игры и качество сексуальных реакций. Если взгляды обоих супругов на сексуальные и супружеские отношения в основном совпадают, то шансы такой пары на достижение счастья достаточно велики. Между тем многие консультанты по проблемам брака и сексологи могут засвидетельствовать, что

очень часто супружеская жизнь бывает омрачена серьезными сексуальными неурядицами (Masters, Johnson, 1970; Kaplan, 1974; Frank, Anderson, Rubinstein, 1978; Lo Piccolo, Lo Piccolo, 1978). Высказывалось также мнение, что недостаточная удовлетворенность супружеским сексом может быть причиной широкого распространения внебрачного секса, потому что, при прочих равных условиях, "чем выше удовлетворенность супружеским сексом, тем меньше стремление к внебрачным связям" (Reiss, 1980).

Альтернативные формы брака

Несмотря на существование юридических критериев, определяющих, кого можно считать супругами, многие браки отличаются от традиционного моногамного (один мужчина - одна женщина) брака. Ниже будут вкратце описаны некоторые аспекты альтернативных (нелегальных) форм брака, поскольку они связаны с гетеросексуальным поведением.

В триадах, или в браках из трех человек, могут участвовать один мужчина и две женщины или двое мужчин и одна женщина (вторая форма встречается реже). Триады обычно образуются более естественным образом, чем браки с большим числом участников, требующие определенного замысла и планирования, и часто возникают на основе уже существующей дружбы или любви (Constantine, 1978). Иногда они формируются на основе сложившихся ранее сексуальных отношений, хотя во многих случаях секс - не главная причина, определяющая выбор этой формы альтернативного брака. Вот как объясняет это 26-летняя женщина, участвующая в триаде из двух женщин и одного мужчины.

Большинство людей считают наш брак просто оправданием для свободных сексуальных отношений, но это вовсе не так. Если бы нашей главной целью был секс, то для чего нам надо было затевать всю эту мороку с тройственным браком, из-за которого все считают нас по меньшей мере странными? Истинная причина нашего брака в том, что все мы любим друг друга и хотим быть вместе, разделяя радость и горе. Секс - всего лишь часть этой общей жизни, хотя эта часть доставляет нам удовольствие. (Из картотеки авторов.)

Мотивация и динамика формирования триад подробно обсуждается в обзоре Karlen (1988).

В групповом браке участвуют четыре человека или больше, каждый из которых искренне считает себя состоящим в браке со всеми остальными, хотя отнюдь не все из них связаны юридически оформленными отношениями. На сегодня число исследований, посвященных групповому браку, очень невелико, но имеется хороший обзор по этой проблеме (Constantine, Constantino, 1973). В групповых браках обычно участвуют молодые люди 20-30 лет; среди них немало таких, кто прежде состояли в законном браке и имеют одного или двух детей (Constantine, 1978). В США чаще всего в групповом браке участвуют две женщины и двое мужчин; в некоторых широко известных случаях у одного мужчины было от 5 до 10 жен. Участники групповых браков придерживаются неординарных либеральных взглядов, они обычно нерелигиозны и отличаются стремлением к переменам и независимости, однако они вступают в групповой брак по тем же причинам, по которым вступают в нормальный брак два человека (Constantine, Constantine, 1973; Ramey, 1976). Групповой брак может давать как экономические, так и эмоциональные преимущества: он удовлетворяет потребность в разнообразии (в том числе сексуальном) и расширяет возможности для развития личности. Вместе с тем большинство групповых браков недолговечны (Macklin, 1980): очень часто возникает сексуальная ревность, трудности с распределением сексуального внимания и организацией сочетаний партнеров. Как отмечает Марстен (Murstein, 1978): "В группе из шести человек можно создать девять

гетеросексуальных пар на каждую ночь и 57 различных сочетаний с участием от двух до шести человек" (стр. 132). В общем, мужчинам, по-видимому, труднее адаптироваться к групповым бракам, чем женщинам (Constantine, 1978).

В следующем разделе мы обсудим несколько других нетрадиционных форм брака, а целибат как возможная альтернатива гетеросексуального брака будет рассмотрен в гл. 17.

Внебрачный секс

Внебрачный секс можно определить как любую форму сексуальной активности между лицом, состоящим в браке, и кем-то другим, но не его или ее супругом (ой). Несмотря на то, что на протяжении большей части истории западного мира это считалось греховным и когда-то наказывалось плетьми, штрафами, выжиганием клейма и даже смертью (Murstein, 1974), внебрачный секс продолжал существовать и стал вполне обычным явлением.

По оценкам Кинзи и др. (Kinsey et al., 1948), в их выборках половина всех женатых мужчин имели внебрачные половые сношения (такая оценка приблизительна, поскольку многие мужчины не желали откровенно обсуждать эту тему). Группа Кинзи (Kinsey, 1953) отметила также, что 26% замужних женщин к 40 годам имели внебрачные половые сношения. В 1975 г. Хант считал эти оценки правильными, однако по данным, опубликованным в Redbook, 38% женщин в возрасте 35-39 лет имели внебрачные половые связи (Hunt, 1975). В обзоре, опубликованном в Cosmopolitan (Wolfe, 1980), сообщалось, что половина замужних женщин в возрасте 18-34 года и 62,2% - в возрасте от 34 лет и выше имели внебрачные половые сношения. Хотя в некоторых других обзорах также приводятся данные о высокой частоте внебрачного секса - от двух третей среди женатых мужчин (Hite, 1981) или 43% среди замужних женщин, имеется сообщение и о гораздо более низкой частоте: 26% (N = 3591) среди опрошенных мужей и 21% (N = 3606) среди жен (Blumstein, Schwartz, 1983).

К сожалению, изучение внебрачного секса в значительной мере ограничено по методологическим причинам, а потому остается неясным, что именно толкает людей на внебрачные половые отношения (Reiss et al., 1980; Atwater, 1982; Thompson, 1983).

Внебрачный опыт

Хотя большинство людей считает внебрачный секс недопустимым (Singh, Walton, Williams, 1971), существует некий традиционный двойной стандарт, оправдывающий до какой-то степени внебрачный секс для мужчин и гораздо строже осуждающий его для женщин. В некоторых европейских странах, например, наличие любовницы считается одной из привилегий состоятельных женатых мужчин. Подобным же образом во многих обществах допускается гетеросексуальная женская проституция (своего рода временная содержанка) как способ обеспечить предполагаемую потребность мужчин в сексуальном разнообразии и одновременно защитить от разрыва матримониальных уз. В целом большинство людей рассматривают проституцию как внебрачный секс на чисто физическом уровне, а потому она не так угрожает браку, как другие виды внебрачного секса, которые связаны с риском серьезного увлечения, чреватого распадом брака.

Быть может, именно по этой причине немало людей, состоящих в браке, считают наиболее удобным "одноразовый" секс, направленный непосредственно и исключительно на получение физического удовлетворения. Обстоятельства, приводящие к такому

короткому эпизоду внебрачного секса, очень разнообразны: одинокий бизнесмен, заночевавший в чужом месте; скучающая домохозяйка, чувствующая себя запертой в четырех стенах и слоняющаяся по барам большого города; мужчины и женщины, пытающиеся доказать самим себе, что они еще не состарились и сохранили сексуальную привлекательность - этот перечень можно было бы продолжать бесконечно. Внебрачный секс с партнером на одну ночь часто бывает настолько обезличенным, что его участники даже не спрашивают друг у друга имен. Не проявляется никакого участия друг к другу, да его никто и не ожидает; это в самом деле секс "без всяких обязательств". Несмотря на то, что в век СПИДа такой секс сопряжен с немалым риском, нет никаких данных, которые указывали бы на то, что столь опасная практика исчезла (Gaynon, 1989).

Как себя чувствуют люди после такого свидания? Некоторые считают, что они получили именно то, что желали: разрядку сексуального напряжения, средство отплатить супругу(ге) за что-нибудь, способ удовлетворить свое любопытство, возможность внести разнообразие в свою обычную сексуальную диету или какое-то временное бегство от действительности. Другие находят такой опыт опасным, бессмысленным, порождающим чувство вины или страха. Следующие высказывания иллюстрируют типичные впечатления об этом.

Женщина, 31 год. Я замужем почти 10 лет и всегда была верна мужу, но часто размышляла о том, каким может быть секс с кем-то другим. Однажды вечером я проводила время с друзьями и мы повстречались с несколькими парнями, с которыми посидели за коктейлями и немного поболтали. Один из них был очень хорош собой и начал флиртовать со мной, а я вроде отвечала ему тем же. Мы с ним удалились в мотель, где провели 3-4 часа. Это был прекрасный фантастический секс, как в романе. Но на этом все и кончилось: мне было просто приятно знать, что это случилось со мной. Я ничего не сказала и ничего не собираюсь говорить мужу. (Из картотеки авторов.)

Мужчина, 36 лет. У нас с женой очень старомодные принципы и мы оба относимся очень серьезно к нашим брачным обетам, что означает не спать ни с кем другим. Меня это никогда особо не затрудняло, я не принадлежу к числу тех, кто бегает за юбками. Но однажды вечером, когда я задержался на работе, секретарша попросила подвезти ее домой, а затем пригласила выпить кофе, на что я охотно согласился. Однако это был глупый поступок - не очень занятно, огромное чувство вины потом; думаю, что больше я этого не сделаю. (Из картотеки авторов.)

Внебрачный секс резко отличается от единичных измен продолжительностью сексуальных отношений. Связь может быть короткой (несколько недель) или длиться годами; главную роль в ней может играть секс или же она может приобрести самостоятельную ценность, так что самым важным в ней станет не секс, а совместное времяпрепровождение и разговоры (табл. 15.4).

Таблица 15.4

Причины, по которым женщины вступали во внебрачные связи (поданным Grosskopf, 1983, полученным в результате опроса 516 замужних женщин)

Эмоциональная неудовлетворенность мужем - 72%

Сексуальная неудовлетворенность мужем - 46%

Соблазнена поклонником - 39%

Ощущает себя полигамной от природы - 39%

Обнаружила измену мужа - 35%

Желание отомстить мужу - 23%

Желание иметь свободу в браке - 14%

Не знает причины - 30%

Вероятно, длительные связи возникают реже, чем разовые измены; причины здесь могут быть как практические, так и личные. За исключением тех случаев, когда муж (или жена) знают о длительной внебрачной связи супруги (супруга) и одобряют ее (маловероятная ситуация в наше время), партнерам приходится выкраивать время для свиданий, находить место для встреч (сохраняя анонимность) и придумывать отговорки, объясняющие отсутствие дома. Поэтому во многих случаях свидания бывают тайными (и поспешными), нередко днем, если легче уйти на час или два с работы, чем вечером выйти из дома.

Внебрачная связь женатого мужчины с незамужней женщиной или замужней женщины с холостяком создает меньше затруднений, чем связь женатого мужчины и замужней женщины. Первым есть где встречаться, поскольку у одиноких людей имеется жилье, и легче выбирать время для свиданий, так как одинокие люди не обременены домашними и семейными делами. Однако в таких связях могут возникнуть проблемы иного рода: одинокий партнер может, например, начать настаивать, чтобы партнер, состоящий в браке, развелся и вступил в брак с ним.

Что касается личных причин, то, по мнению многих, иметь любовную связь - все равно, что "играть с огнем". Хотя это может приносить сексуальное и эмоциональное удовлетворение, люди стараются не допускать, чтобы такая связь стала главной в их жизни и угрожала их браку. Многие утверждают, что продолжали любить своих мужей (жен) в период внебрачной связи и не хотели подвергать опасности свой брак.

Вопрос о том, как часто внебрачный секс бывает причиной разводов, практически не исследован. Ясно, однако, что многие мужчины и женщины глубоко расстраиваются, узнав о неверности супруга (супруги) и это разрушает брак. Вместе с тем вряд ли прочные браки часто распадаются по одной лишь этой причине; к тому же невозможно установить, не возникает ли внебрачная связь потому, что брак чем-то омрачен, и эта связь оказывается лишь "последней каплей". Из опыта многих консультантов по вопросам брака видно, что разрыв бывает вызван не столько открытием, что у одного из супругов есть связь на стороне (мы никогда не встречали семьи, которая распалась, например, из-за того, что мужчина посетил проститутку), сколько мыслью о его (или ее) эмоциональной (т.е. помимо секса) связи с кем-то другим. Иными словами, для некоторых пар внебрачный секс угрожает интимности их брака как в физическом, так и психологическом смысле. У других супружеских пар внебрачные связи не вызывают беспокойства - они оценивают свой брак прежде всего по своим взаимоотношениям друг с другом и по тому, в какой мере эти взаимоотношения соответствуют их потребностям.

Обзор в Redbook вскрыл еще один интересный аспект внебрачного секса. Среди работающих замужних женщин его распространенность, по-видимому, выше, чем среди домохозяек; у первых (работавших полный или неполный рабочий день вне дома) внебрачные связи отмечены в 47% случаев, тогда как у вторых - только в 27% (Levin,

1975). Остается неясным, означают ли эти цифры, что у работающих женщин более либеральные взгляды или больше возможностей, или же причина здесь в чем-то еще.

Несмотря на увлекательность внебрачного секса, создаваемое им разнообразие и особый привкус "запретного плода", все же, судя по имеющимся данным, как мужчины, так и женщины в целом получают от него несколько меньшее сексуальное наслаждение, чем от супружеского секса (Hunt, 1975). Правда, некоторым людям внебрачный секс помогает избавиться от сексуальных запретов и впервые в жизни проявить себя в полной мере, однако у других он может создать серьезные сексуальные проблемы (Masters, Johnson, 1970, 1976).

В наше время желание участвовать во внебрачном сексе сдерживается еще одним фактором, а именно угрозой ВИЧ-инфекции/СПИДа. Систематических исследований, подтверждающих снижение частоты внебрачных отношений в связи с опасностью ВИЧ-инфекции, пока не проводилось, однако мы полагаем на основании многих сотен интервью, проведенных нами с супружескими парами в период с 1986 по 1990 г., - что такое снижение все же произошло, причем вероятно, процентов на 25 (хотя возможно, что участников наших интервью нельзя считать случайной выборкой). Сокращение внебрачной сексуальной активности более заметно на уровне случайных (одноразовых) сексуальных контактов, но не длительных связей. По-видимому, многие люди, прежде легко вступавшие во внебрачную связь, стали задумываться, следует ли продолжать такого рода практику. Один пример из нашей картотеки свидетельствует именно об этом:

Женщина, 38лет. Прежде, когда мой муж уезжал из города, я часто ходила по вечерам в бары и 5-6 раз в год спала со встреченными там мужчинами. Это не казалось мне чем-то серьезным. По всей вероятности, мой муж делал то же самое. Однако теперь я боюсь заниматься сексом с кем-то, кроме мужа, и сказала ему открытым текстом, что ожидаю от него того же самого. Жизнь слишком хороша, чтобы рисковать ею ради минутной страсти.

Внебрачный секс по взаимному согласию

Бывают случаи, когда муж и жена договариваются между собой, что один из них или они оба имеют право на внебрачные сексуальные связи. Мотивы такого решения бывают разными: супруги могут искать способ сохранить свою личную свободу, надеяться повысить качество своего брака, стараясь жить по какой-то собственной философии, или просто пытаться сделать свою жизнь более разнообразной и увлекательной.

Во внебрачном сексе могут быть заинтересованы оба партнера или же один соглашается разрешить другому вести себя по собственному усмотрению, совершенно не намереваясь поступать так самому. Для одних пар разговоры о внебрачном опыте с яркими подробностями служат источником возбуждения, тогда как другие не возражают против внебрачного секса, но при условии, что не будут обсуждать его вместе.

Внебрачный секс по взаимному согласию может принимать различные формы. Авторы одного из бестселлеров "Свободный брак" (O'Neill, O'Neill, 1972) высказали мнение, что традиционный брак дает мало возможностей для выбора или перемен, а потому противопоставили ему "свободный брак" как гибкую форму взаимоотношений между супругами, при которой оба всячески способствуют реализации и развитию как своих собственных устремлений, так и устремлений партнера. Авторы подчеркивают, что в свободном браке (Так называемая "шведская семья") партнеры должны быть готовы договариваться о переменах и заранее отбросить основные представления, связанные с традиционным браком, особенно представление о том, что один партнер в состоянии

соответствовать всем потребностям другого (эмоциональным, социальным, экономическим, интеллектуальным и сексуальным). О'Нейлы придают очень большое значение равноправию супругов и их готовности к уступкам, вследствие чего многие сочли, что их книга направлена главным образом на поддержку внебрачного секса по взаимному согласию как некоторому необходимому опыту. Однако позднее они писали (O'Neill, O'Neill, 1977):

Несмотря на некоторые благоприятные результаты, в целом эти опыты (внебрачного секса) не способствовали развитию и улучшению отношений между супругами, так что вряд ли их можно расценивать как полезные. Часто они маскировали проблемы, возникавшие во взаимоотношениях, давали возможность уходить от них и усиливали конфликты.

Тем не менее создается впечатление, что свободный брак как путь к отказу от сексуальной недоступности и ограниченности оказывается успешным для некоторых супружеских пар. Следует отметить, однако, что при свободном браке посторонние сексуальные связи не являются обязательными (Knapp, Whitenhurst, 1978).

В одном исследовании, проводившемся с 1978 по 1983 г., наблюдали за двумя сопоставимыми группами из 82 супружеских пар с целью установить, есть ли существенные различия в стабильности между традиционными и свободными браками (Rubin, Adams, 1986). Хотя число распавшихся браков среди последних было выше (32% против 18%), это различие не было статистически значимым. Особенно интересно отметить, что ревность, по-видимому, не играла большой роли в распаде свободных браков. Как отметили авторы (Rubin, Adams, 1986): "Те супруги из группы свободных браков, для которых ревность оказалась серьезным фактором, обычно не расставались, а предпочитали прекратить секс на стороне (или в некоторых случаях прекратить откровенно говорить об этом)".

Обмен партнерами (свингинг) - еще одна форма внебрачного секса по взаимному согласию. При этом супружеские пары обмениваются партнерами с другими парами с общего согласия всех участников. В большинстве обзоров указывается, что только 2-4% супружеских пар хотя бы раз участвовали в таких обменах и менее половины из них делали это регулярно (Spanier, Cole, 1972; Athanasiou, 1973; Hunt, 1975; Murstein, 1978a).

Обычно об идее обмена партнерами заговаривает муж, а жену, как правило, это приводит к шок (Murstein, 1978a). Лишь немногие пары, обсуждавшие эту идею, пытались реализовать ее; большинство же в последний момент пугаются и не доводят дело до конца.

Иногда супружеской паре предлагают участвовать в обмене партнерами их знакомые, однако чаще это происходит "анонимно". Заинтересованные пары обычно обращаются в специальные журналы или газеты, чтобы поместить в них объявление или откликнуться на имеющиеся предложения. Вот несколько примеров таких объявлений:

Привлекательная пара. Он, 35 лет, мускулистый, мужественный. Она, 25 лет, хорошо сложена, сексуальна. Ищут пары до 35 лет для приятного проведения времени.

Чувственная пара, черные, мужчина 32 и крайне страстная женщина 28 лет, 90-60-90. Ищем пару для совместного проведения времени и развлечений. К ответу приложить фотографии.

Сверхпривлекательная пара - она бисексуалка, 28, красивая, натуральная рыжая; он, 185 см, 80 кг, красив, хорошо сложен. Ищем очень привлекательные пары для дружбы и развлечения. Оба должны быть образованными, прямодушными, нежными, с чувством юмора. Фотографии и номер телефона обязательны.

Такого рода пары объединяются для развлечений либо с другой парой, либо с несколькими парами сразу. Обычно на таких сборищах пьют, а иногда смотрят порнографические фильмы для создания соответствующего настроения. Сексом можно заниматься попарно в разных комнатах за закрытыми дверями; если же двери оставляют открытыми, это означает приглашение войти и присоединиться к развлечению (Murstein, 1978a). В "открытом" варианте обычно участвуют две лесбиянки, тогда как гомосексуальные контакты между мужчинами на таких сборищах случаются реже, а иногда вообще запрещены. Что касается лесбиянок, то их участие, возможно, объясняется тем, что большинство мужчин не могут соответствовать сексуально возбужденным женщинам, которым необходимо испытать несколько оргазмов. Когда мужчины, отдыхая, наблюдают за лесбиянками, они часто вновь возбуждаются. Предположительно, вид других мужчин, занимающихся сексом с их женами (в то время, как сами они этим не занимаются), слишком сильно задевает мужское самолюбие, тогда как вид двух женщин, занимающихся сексом, такого действия обычно не оказывает.

В 1970-х гг. в США существовали частные клубы, где занимались групповым сексом (Talese, 1980). В последнее время, когда люди все яснее осознают, сколь велик риск заражения заболеваниями, передающимися половым путем, подобные секс-клубы исчезают. Практика обмена партнерами имеет и социальный аспект: возникающие на этой почве группы иногда проводят вместе отпуск или праздники, устраивая пикники или выезжая на пляжи.

В разных исследованиях социальный и моральный облик свингеров (т.е. тех, кто участвует в обменах партнерами) выглядят по-разному. Одни изображают их консервативными, верными традициям и религиозными (Bartell, 1971; Walshok, 1971), другие же - как либеральных, нерелигиозных (и даже антирелигиозных) и противников истеблишмента (Gilmartin, 1974). Все, кто изучал свингеров как некую группу, сходятся во мнении, что они обладают большим добрачным опытом, имели до брака больше партнеров и проявляют больший (и более ранний) интерес к сексу (Murstein, 1978a). Хотя нет никаких данных, позволяющих считать обмен партнерами отклонением от нормы, в двух исследованиях было установлено, что свингеры чаще обращаются к консультантам или психотерапевтам (Smith, Smith, 1970; Gilmartin, 1974).

Положительная сторона обмена партнерами состоит в том, что супруги участвуют в некой общей активности, которая действительно исключает двойной стандарт. Супружеские пары получают возможность иметь разных половых партнеров, не обманывая друг друга; некоторые считают, что их супружеская половая жизнь улучшилась. Есть и оборотная сторона медали: большинство пар прекращают участие в такого рода активности после короткого экспериментирования (Murstein, 1978); иногда обмен партнерами вызывает ревность, ощущение собственной неполноценности, чувство вины, отвращение и даже нарушения половой функции и разводы (Masters, Johnson, 1976).

Секс между людьми, не состоящими в браке

Несмотря на всю популярность брака в нашем обществе, многие все же не вступают в него либо по собственному выбору, либо по стечению обстоятельств. По статистике почти 3 млн. граждан США живут парами, не состоя в браке (см. гл. 10). Другие оказываются

одинокими в результате развода или смерти мужа или жены. Исследователи почти не уделяют внимания этим людям, однако у них тоже есть половые потребности, которые они удовлетворяют разными способами.

Одинокие люди, никогда не вступавшие в брак

В прошлом часто считалось, что если мужчина или женщина, достигнув 30 лет, не вступили в брак, то у них имеется какой-то изъян; однако теперь ясно, что многие выбирают целибат совершенно сознательно. Такой выбор может быть обусловлен нежеланием связывать себя обязательствами, налагаемыми браком, или какими-либо другими причинами, например стремлением к экономической независимости. Все большее число женщин в наши дни отдают предпочтение карьере, а не браку (Frieze et al., 1978); мужчины тоже начинают задумываться, действительно ли им хочется быть женатыми. В итоге часть лиц этой категории вступают в брак после длительной холостой жизни, а другие остаются одинокими навсегда.

Относительно немногие выбирают безбрачие ради того, чтобы вести какой-то особо сексуальный образ жизни, хотя средства массовой информации упорно создают представления о холостяках как о людях, не отягощенных никакими обязательствами перед сексуальными партнерами, кроме сиюминутных. Несмотря на то, что бары для одиночек продолжают процветать во многих местах, далеко не всем нравится безликий случайный секс.

Женщина, 28 лет. В прошлом году я провела много времени, слоняясь по барам для одиночек в поисках развлечений. Через некоторое время все "истории" и лица слились в одно - каждый парень заявлял, что он врач, адвокат или вице-президент корпорации, и все это вранье стало невыносимым. Даже секс был не очень-то хорош... и безусловно не стоил тех мук, которые приходилось вынести, пытаясь найти партнера. (Из картотеки авторов)

Мужчина, 34 года. Почти месяц я бродил по клубам знакомств, но не смог заставить себя продолжать это. Конечно, партнеров было сколько угодно - к 11 вечера множество девиц готовы на все, однако все это было насквозь фальшиво, без капли чего-то человеческого. (Из картотеки авторов)

Тем не менее некоторым нравится та свобода и разнообразие возможностей, которые они находят в барах для одиночек.

Женщина, 29 лет. Я юрист и в течение всего дня мне приходится думать, работать головой. Иногда ночью мне просто хочется "оторваться" и сходить куда-нибудь, чтобы хорошо провести время. Если мне удается встретить привлекательного парня, я напрашиваюсь к нему домой, чтобы не беспокоиться о том, как его потом выгнать, а уйти, когда захочу. А иногда бывает просто приятно пообщаться с кем-нибудь, без всяких последствий и обязательств. (Из картотеки авторов)

Люди, посещающие бары для одиночек, относятся к нескольким разным группам. Одиночки моложе 25 лет находятся на "добрачной" стадии. Большинство из тех, кому больше 30, - разведенные или состоящие в браке мужчины и женщины, занятые поисками внебрачного секса. В группу от 25 до 30 лет входят люди, не собирающиеся пока вступать в брак, молодые люди, успевшие развестись, и люди, ищущие идеального супруга(у).

Другие не состоящие в браке одиночки используют разнообразные способы для удовлетворения своих половых потребностей, находя потенциальных партнеров на

работе, семейных сборищах или социальных мероприятиях. За последние годы приобрела популярность компьютерная служба знакомств. Иногда между людьми, не состоящими в браке, возникают относительно длительные и прочные отношения, хотя ни один из партнеров не имеет в виду брак. Некоторые поддерживают длительные сексуальные связи с небольшим числом партнеров, встречаясь с ними по очереди. Другие избегают продолжительных связей, предпочитая "одноразовых" партнеров, и, наконец, есть категория людей, считающих самым лучшим выбором целибат.

Интересная, хотя и редко встречающаяся форма отношений - коммуна, образуемая группой одиночек, объединяющих свои экономические ресурсы и личную энергию в своего рода совместное предприятие, в котором каждый может рассчитывать на эмоциональную и любую другую поддержку, а иногда бывает "обобществлен" и секс (David, 1978). Жизнь в такой коммуне можно рассматривать как некую форму группового сожительства, причем подобные коммуны - совсем не новость: в середине прошлого века существовали сотни коммун, в которых центральное место занимал довольно свободный секс. Некоторые коммуны создаются на основе общности политических или религиозных убеждений; другие гораздо менее структурированы и, по-видимому, опираются главным образом на принцип "делай то, что тебе хочется". Большинство коммун относительно недолговечны, возможно из-за того, что ростки сексуальной ревности и собственических инстинктов пробиваются в них довольно быстро.

Одиночки, прежде состоявшие в браке

Разведенные или овдовевшие лица удивительно часто вновь вступают в брак (см. гл. 10). Большинство разведенных мужчин и женщин возобновляют сексуальную активность менее чем через год после развода (Hunt, 1975), хотя у людей постарше это происходит позднее, чем у тех, кому меньше 40 лет.

Поскольку в наши дни почти половина всех браков кончается разводом, этот акт уже не считается таким позорным, как прежде. Мужчины теперь не относятся к разведенной женщине как к "вещи, бывшей в употреблении", и людей, брак которых не длился вечно, не считают "неудачниками". Тем не менее после развода человеку вначале бывает трудно привыкнуть к мысли о внебрачном сексе, выработать подход к тому, как сходиться с людьми и освоить некоторые житейские мотивы, сопряженные с сексуальной активностью (куда пойти, что сказать детям и т.п.).

Вдовцы и вдовы иногда воздерживаются от сексуальной активности после смерти жены или мужа, однако огромное большинство вдовцов и 43% вдов вступают в послебрачные половые связи (Gebhard, 1968; Hunt, 1975). Вдовам старше 60 лет иногда бывает нелегко найти подходящего партнера. Что же касается вдовцов, то они в любом возрасте располагают более широким выбором: поскольку женщины живут дольше мужчин, последние могут относительно легко выбирать среди женщин любого возраста. Вдовам, напротив, как правило, приходится выбирать партнеров примерно своего возраста или старше. Как уже говорилось, многие считают, что у пожилых людей нет половых потребностей или чувств, но это далеко не так: часто интерес к сексу с возрастом не исчезает, а иногда и усиливается. От разведенных или овдовевших людей нередко можно услышать, что внебрачный секс приятнее и дает большее удовлетворение, чем секс в прежнем браке.

Как получить максимальное удовлетворение от полового акта

Поскольку большинство людей так или иначе высказывают недовольство своей половой жизнью а те, кого она устраивает, озабочены предупреждением такого рода проблем, мы приводим здесь ряд рекомендаций, позволяющих получить максимальное сексуальное удовлетворение.

1. **Запомните, что хороший секс начинается вне спальни**. До тех пор, пока вы будете рассматривать секс как некую изолированную активность вроде игры в теннис, он будет оставаться каким-то оторванным лоскутом, а не частью всей ткани вашей жизни. Желание нарастает постепенно, в зависимости от того, что происходило за многие часы и дни, предшествующие сексуальной интерлюдии. Соответствующее настроение не потребуется создавать специально (хотя поужинать вместе при свечах или погулять при луне совсем не повредит) - оно возникнет без особых усилий с вашей стороны, если вы будете близки во всем, а не только в сексе. Без переживаемых вместе моментов душевного единения, не связанных с сексом, трудно достигнуть ощущения интимной близости в тот момент, когда вы готовы заняться любовью.

2. **Принимайте на себя ответственность за те чувства, которые вы испытываете, и сексуальное удовольствие, которое вы получаете (или не получаете)**. Не перекладывайте эту ответственность на партнера. Мужчинам, по-видимому, легче это выполнить, тогда как женщины часто впадают в диктуемую им обществом пассивность, ожидая, что во всем, касающемся секса, в роли "эксперта" должен выступать мужчина. Беря на себя ответственность за свои чувственные и сексуальные потребности, вы фактически делаете своему партнеру потрясающий комплимент, так как в сущности говорите: "Я люблю тебя и не хочу, чтобы тебе приходилось гадать, что мне хочется и как нам будет лучше".

3. **Для того чтобы достигнуть желаемого, необходимо говорить партнеру о своих чувствах и потребностях, сексуальных и прочих**. Если выражать их так, чтобы это не звучало как критика, то разговоры помогают понять, как себя следует вести при разных уровнях желания, и выработать сигналы, показывающие, что приятно, а что нет. Партнеры часто допускают ошибку, поговорив на сексуальные темы один-два раза, а затем прекращают разговоры, как бы считая, что все уже сказано. При этом упускается из виду, что сексуальные потребности день ото дня меняются. То, что понравилось однажды, может раздражать или не вызывать возбуждения в другой раз; то, что было когда-то отвергнуто, при других обстоятельствах или настроении может оказаться источником сильной страсти.

4. **Не допускайте превращения секса во что-то обыденное**. Одна из самых важных причин утраты сексуального удовлетворения с течением времени - это скука. Даже небольшая доля творчества позволит избежать скуки. Чтобы не допускать однообразия в сексе, постарайтесь проявлять нежность и влюбленность в разное время суток или изменять обстановку. Попробуйте заняться сексом не в своей спальне, а в другом месте, например в отеле или, отправив детей к друзьям с ночевкой, устройтесь в гостиной перед камином. Поменяйтесь с партнером ролями: если сексуальную активность обычно инициирует ваш партнер, возьмите бразды правления в свои руки. Испробуйте при половом акте различные позиции: одно и то же, из раза в раз быстро становится привычным и скучным. Можно также иногда ограничиться ласками, совершенно исключив половое сношение, или же прибегнуть к новым для вас чувственным и сексуальным действиям, причем такое разнообразие может оказаться стимулирующим само по себе.

5. **Не бойтесь использовать фантазию, чтобы усилить удовольствие, получаемое от секса**. Как было показано в гл. 14, сексуальные фантазии - одно из лучших эротических средств. Используя их главным образом для возбуждения сексуального аппетита или для усиления самых страстных ощущений, вы с помощью своего воображения можете сделать обычный секс гораздо более эротичным.

6. **Не допускайте раздражения и гнева во время полового акта**. Этим советом, справедливость которого очевидна, пренебрегают довольно многие пары, в результате чего секс часто превращается в "борьбу за власть". Это не означает, что секс нельзя использовать для того, чтобы покончить с каким-нибудь спором; иногда, как всем известно, самые незабываемые моменты случаются тогда, когда мы, после ссоры, бросаемся в объятия своих партнеров. Однако попытки свести счеты, отказываясь от секса, или, напротив, требуя заняться им, неизбежно приведут к неприятностям, даже если таким способом удастся временно почувствовать себя отмщенным. Чтобы справиться с раздражением, лучше всего постараться понять его источник и заранее вместе обсудить возникшую проблему. Использовать гнев как оружие в сексуальных отношениях неразумно и неэффективно.

7. **Работа над сексом ничего не дает**. Естественно попытаться справиться с сексуальными тревогами или фрустрациями, стараясь преодолеть их. Это, однако, обычно приводит к обратным результатам, потому что секс становится при этом слишком целенаправленным и утрачивает спонтанность. Лучше относиться к сексу не как к задаче с заранее поставленными целями (например, вызвать у партнерши возбуждение или довести ее до оргазма), а как к развлечению или игре - тогда исчезает тревога за успех полового акта, а какие-то неудачи представляются тривиальными. Беспокойство по поводу собственной сексуальной неполноценности способно превратиться в самореализующееся пророчество.

8. **Не следует во всех случаях ждать "подходящего настроения"**. Вполне разумно уступить желаниям вашего партнера, даже если вам этого в данный момент не хочется - ваши чувства могут быстро измениться, если вы им дадите шанс. Не сделав этого, вы лишите себя возможности насладиться одной из граней вашей сексуальности - появлением сексуального аппетита, когда вы этого никак не ожидали. Более того, если вы не пойдете навстречу желаниям своего партнера, вы не сможете рассчитывать, что ваш партнер захочет заняться сексом, когда вы будете возбуждены, а он нет.

9. **Поймите, что хорошего секса нельзя достигнуть простым "нажатием кнопок"**. Очень хочется думать, что существует какая-то магическая формула, гарантирующая достижение сексуальной реакции у партнера - только бы найти эту формулу; однако это не так. На самом деле люди переоценивают роль механических аспектов секса и недооценивают его эмоциональные компоненты, которые, вероятно, гораздо важнее. Тот, кто чересчур озабочен техникой секса, нередко обнаруживает, что достигать полового удовлетворения ему становится все труднее и труднее; это неудивительно, поскольку при таком подходе секс становится все более обезличенным. Пристальное внимание к механическим приемам полезно в спорте или играх, но в сексе это скорее мешает, чем помогает.

10. **Будьте реалистичны в своих сексуальных ожиданиях.** Полагая, что каждое свидание должно вызывать восторг, вы обрекаете себя на жестокое разочарование. Секс не всегда приводит к тому восхитительному страстному слиянию душ, поверить в которое нас хочет заставить Голливуд - иногда он бывает каким-то хилым, нескладным и даже неудовлетворяющим. В реальной жизни каждый оргазм не может быть колоссальным,

потрясающим событием; в некоторых случаях он больше напоминает обыкновенные слабые судороги. Помните, что мы человеческие существа, а не машины.

Измены в браке и сожительстве

В своей книге "American Couples" Блумштейн и Шварц (Blumstein, Schwartz, 1983) описывают половую активность, выходящую за рамки отношений между членами устойчивой пары; авторы анализируют подобное поведение у супругов, у гетеросексуальных сожителей и у гомосексуальных пар, как геев, так и лесбиянок. Мы приводим своего рода резюме основных полученных ими результатов.

1. Моногамию считают нравственным идеалом даже те, кто вовсе ее не придерживаются.

2. Различия между полами в отношении моногамии особенно ярко проявляются среди гомосексуалов (немоногамны 82% геев и только 28% лесбиянок). Среди гетеросексуалов число мужей и жен, имевших внебрачные половые сношения, было сходным, но у мужчин число партнеров было больше.

3. Люди, живущие вместе даже 10 лет или более, не могут иметь абсолютной уверенности, что их отношения всегда моногамны.

4. Один эпизод измены путь постоянных измен; на самом деле многие идут на половой акт с посторонним лицом главным образом из любопытства.

5. Мужчины чаще ищут случайный секс вне круга своих знакомых, тогда как женщины склонны к созданию эмоциональных привязанностей.

6. Люди, регулярно посещающие церковь или синагогу, склонны к внебрачному сексу не меньше, чем все другие.

7. Гетеросексуалы, имеющие внебрачные связи, довольны своими супружескими отношениями не меньше, чем верные супруги, однако они несколько менее уверены в том, что их отношения сохранятся.

Выводы

1. Сексуальная активность - это не только хорошая техника; большую роль в ней играет коммуникация между партнерами. При любых сексуальных контактах очень важно понять, что нравится или не нравится вашему партнеру, и сообщать ему о ваших собственных предпочтениях.

2. Среди многих видов физической стимуляции, используемых во время занятий сексом, есть такие (например, орально-генитальный секс или стимуляция анального отверстия), которые у одних людей могут вызвать отвращение, тогда как другие считают их вполне приемлемыми и сильно возбуждающими. Недавно проведенное обследование показало, что 90% супружеских пар иногда (или часто) занимаются орально-генитальным сексом.

3. Существует почти бесконечное множество позиций при половом акте, однако большинство из них - вариации четырех основных положений: женщина сверху, лицом к лицу; мужчину сверху, лицом к лицу; введение сзади; бок о бок. Чаще всего используется первое положение, однако другие дают женщине больше свободы движения; многие любят время от времени менять позиции просто для разнообразия.

4. Как правило, в наши дни мужчины и женщины менее связаны прежними сексуальными стереотипами, ограничивавшими инициативу женщин и их активное участие в сексе. За последние 30-40 лет существенно изменились взгляды и на другие аспекты сексуального поведения, в частности на добрачный секс.

5. Судя по результатам многих исследований, добрачный секс среди женщин в настоящее время встречается чаще, чем в прошлом, но в большинстве случаев он связан с глубокой привязанностью или любовью. Довольно широкое распространение получила такая форма добрачного секса, как сожительство; оно позволяет паре заранее оценить все плюсы и минусы совместной жизни.

6. Большинство американцев, вступивших в брак в возрасте 20-30 лет, имеют половые сношения 2-3 раза в неделю, а в дальнейшем частота сношений снижается. В частоте супружеского секса и видах используемой супругами сексуальной активности существуют большие индивидуальные различия. В последние десятилетия, по-видимому, возросла продолжительность как любовных игр, так и самого полового акта.

7. Хороший секс и удачный брак не связаны простой, однозначной зависимостью, однако браки, приносящие большое сексуальное удовлетворение, обычно сохраняются дольше, и супруги в таких браках реже вступают в связи на стороне, чем в тех случаях, когда брак не дает такого удовлетворения. По-видимому, ключевым элементом, определяющим качество сексуальных отншений между партнерами, служит коммуникация между ними.

8. Несмотря на строгое осуждение внебрачного секса в прошлом, в настоящее время на протяжении последних десятилетий внебрачные связи получили распространение и среди замужних женщин, что объясняется либерализацией многих взглядов (например, отказ от двойного стандарта, завоеванная женщинами свобода), доступностью противозачаточных средств и увеличением времени, проводимого женщинами вне дома.

9. Формы внебрачного секса разнообразны: тайный или по взаимному согласию супругов случайный одноразовый секс или длительные связи, носящие характер развлечений или основанные на тесных дружеских отношениях, и т.п. Такая относительно редкая форма внебрачного секса, как обмен партнерами, сходна со всеми прочими формами в том, что все они могут служить источником не только удовольствия, но и больших огорчений. В настоящее время неясно, сколь часто супружеская неверность бывает причиной развода, однако мы полагаем, что во многих случаях она служит одним из важных факторов, приводящих к разводу.

10. Отдельную группу составляют одиночки, т.е. никогда не состоявшие в браке, овдовевшие и разведенные мужчины и женщины. Половое поведение этой группы изучено слабо, однако едва ли здесь можно ожидать каких-либо неожиданностей. Половое поведение вне брака не так уж сильно отличается от полового поведения в браке.

Вопросы для размышления

1. Какого рода различия вы отмечаете в отношениях людей к оральному сексу? Много ли таких, кто предпочитает этот секс? Многие ли испытывают к нему отвращение? Почему некоторые предпочитают играть в оральном сексе активную, а не пассивную роль и наоборот? Существуют ли здесь половые различия? Какие факторы, по вашему мнению, определяют разное отношение к оральному сексу?

2. Какова, по вашему мнению, доля людей, которые бы хотели заняться анальным сексом? Есть ли здесь различия между мужчинами и женщинами? Осуждается ли анальный секс сильнее, чем другие формы половых сношений? Как, по вашему мнению, относится большинство мужчин к тем женщинам, которым нравится анальный секс? Повлияет ли на любовь и уважение мужчины к женщине ее согласие или отказ от анального секса?

3. Действительно ли мужчины хотят, чтобы женщина брала на себя инициативу в сексуальной активности, "дирижировала" всеми действиями во время занятия любовью и считала себя ответственной за собственные оргазмы? Или же большинству мужчин такие женщины будут действовать на нервы?

4. Сексологи пришли к заключению, что один эпизод внебрачного секса вряд ли нанесет вред прочным супружеским отношениям, особенно если партнер никогда не узнает об этом. Допустим, однако, что один из членов преданной моногамной пары потерял голову и завел связь на стороне. Должен ли этот человек осознать свою ответственность и сообщить об этом своему партнеру, учитывая всеобщий страх заражения СПИДом? Должны ли супружеские пары ввиду этого риска принять новые стандарты откровенности в отношении внебрачного секса?

5. По мнению социологов, внебрачные сексуальные связи замужних женщин сурово осуждались главным образом потому, что мужу была необходима уверенность в своем отцовстве, т.е. что он растит действительно собственных детей. Если такая точка зрения справедлива, то почему же теперь, когда доступны надежные противозачаточные средства, не увеличивается число браков, в которых по обоюдному согласию допускается внебрачный секс? Станет ли такой внебрачный секс по согласию когда-нибудь приемлемым для всего нашего общества? Желательно ли это?

6. Согласится ли наше общество уважать выбор людей, решивших никогда не вступать в брак, или будет по-прежнему относиться к ним как к неудачникам?

Глава 16.

Гомосексуальность и бисексуальность

Во все времена большинство людей считали нормой гетеросексуальное поведение (Beach, 1977). Тем не менее гомосексуальность существовала на всем протяжении истории человечества; во многих обществах некоторые ее формы допускаются и даже не воспринимаются как нечто необычное (Ford, Beach, 1951; Carrier, 1980).

В странах Запада этот феномен, как правило, вызывает резко отрицательное отношение. Гомосексуальность описывают, например, как что-то отвратительное, мерзкое и непристойное. Эти эпитеты взяты нами не из результатов опроса общественного мнения: именно такое определение фигурирует в судебных приговорах по ряду дел, проходивших в 1970-х гг. (Knutson, 1979/1980). В это же время один психиатр в своей статье, опубликованной в Journal of American Medical Association, назвал гомосексуальность "ужасной аномалией, распространяющейся в обществе подобно эпидемии" (Socarides, 1970). Нетерпимое отношение к гомосексуальности усилилось в связи с распространением СПИДа, который многие американцы стали рассматривать как божью кару за аморальность гомосексуальных контактов.

Однако за последние десятилетия происходили и события, несколько уравновешивающие царящий в обществе негативизм по отношению к гомосексуалам. В 1977 г. Американская ассоциация психиатров официально постановила, что такую сексуальную ориентацию нельзя считать заболеванием. Все чаще в судах стали поддерживать гражданские права гомосексуалов на том основании, что дискриминация людей по причине их сексуальных предпочтений незаконна (Vetri, 1979/1980; Slovenko, 1980; Altman, 1982). Гомосексуалы, как мужчины, так и женщины, самых разных профессий - спортсмены, ученые, государственные служащие, актеры, художники - стали открыто заявлять о своей сексуальной ориентации, пытаясь привлечь внимание к данной проблеме и заставить общество считаться с ними.

В этой главе, после нескольких определений гомосексуальности и бисексуальности и некоторых исторических сведений, мы обсудим ряд сложных и часто противоречивых проблем, связанных с сексуальной ориентацией.

Определение терминов

Слово гомосексуал происходит от греческого "гомо" - "такой же", однако как термин оно стало употребляться лишь в конце XIX в. (Karlen, 1971). Гомосексуалами называют мужчин и женщин, которых на протяжении значительного периода времени привлекают в сексуальном плане преимущественно лица одного с ними пола (Bell, Weinberg, 1978; Masters, Johnson, 1979).

В отличие от этого бисексуалами называют мужчин или женщин, которые испытывают сексуальное влечение к лицам обоего пола. Обычно, но не всегда, бисексуалы не считают нужным скрывать, что среди их половых партнеров есть и мужчины, и женщины.

По мнению Клейна (Klein, 1978), бисексуал ощущает некую психологическую двойственность, выражающуюся в его способности вступать в половые отношения с лицами обоего пола. МакДональд (McDonald, 1981) дает следующее определение бисексуала: Бисексуал - это человек, равнодушный к полу партнера, получающий

удовлетворение от любых форм сексуальной активности и с женщинами, и с мужчинами. У некоторых бисексуалов сила и направленность предпочтения могут меняться в какие-то периоды жизни, у других они значительно варьируют в зависимости от конкретной ситуации.

По мнению Колемана (Coleman, 1987), бисексуальность следует оценивать по нескольким различным параметрам, в частности по поведению, содержанию сексуальных фантазий и эмоциональным привязанностям. Как показывают приведенные выше высказывания, бисексуальность - сложный феномен, включающий определенный психический статус , характер и поведение человека; бисексуальность можно рассматривать как переходное состояние от одной сексуальной ориентации к другой.

Для того чтобы продемонстрировать, что в реальной жизни гетеросексуальность, бисексуальность и гомосексуальность образуют непрерывный ряд, Кинзи и его сотрудники (Kinsey et al., 1948) составили шкалу из семи пунктов для описания реального сексуального опыта и внутренних психологических реакций (в том числе фантазий) конкретного человека (табл. 16.1).

Таблица 16.1

Шкала Кинзи для оценки сексуальной ориентации (по Kinsev. Pomerov, Martin, 1948)

0 - Исключительно гетеросексуал

1 - Преимущественно гетеросексуал; очень редко гомосексуал

2 - Преимущественно гетеросексуал; иногда гомосексуал

3 - В равной мере гетеро- и гомосексуал

4 - Преимущественно гомосексуал; иногда гетеросексуал

5 - Преимущественно гомосексуал; очень редко гетеросексуал

6 - Исключительно гомосексуал

Самые полные статистические данные о числе гомосексуалов в США содержатся в сообщениях Кинзи (Kinsey, 1948, 1953); он установил, что 10% белых американцев не менее трех лет своей жизни в возрасте между 16 и 55 годами практиковали почти исключительно гомосексуальные отношения, а 4% были исключительно гомосексуалами на протяжении всей жизни; 37% белых мужчин в подростковом возрасте по крайней мере один раз участвовали в гомосексуальном акте, завершившемся оргазмом.

Среди женщин в возрасте до 40 лет 19% имели некоторые эротические контакты с другими женщинами, но только 2-3% были исключительно лесбиянками.

Согласно более поздним данным Института Кинзи, полученным на выборке в масштабах всей страны, 3,3% взрослых мужчин старше 20 лет имели "иногда" или "довольно часто" гомосексуальные контакты (Fat et al., 1989).

Многие гомосексуалы предпочитают теперь называть себя геями, считая это слово более благозвучным и соответствующим их сексуальной ориентации, которой они чрезвычайно

гордятся. Другим гомосексуалам слово гей не нравится и они решительно отказываются употреблять его. Прежде чем изложить современные взгляды на проблему гомо- и бисексуальности, сделаем экскурс в историю.

Немного истории

Древние иудейские традиции резко осуждали гомосексуальность. Как сказано в Библии: "Если кто ляжет с мужчиной как с женщиною, то оба они сделали мерзость: да будут преданы смерти, кровь их на них" (Книга Левита 20:13).

Между тем, в древней Греции некоторые формы гомо- и бисексуальных отношений считались вполне естественными (Hoffman, 1980). Платон в своем "Симпозиуме" восхвалял достоинства мужской гомосексуальности и утверждал, что гомосексуалы-любовники - наилучшие солдаты. Многие герои греческой мифологии - Зевс, Геркулес, Посейдон и Ахилл - были не чужды гомосексуальному поведению (Baswell, 1980). Хотя в произведениях греческой литературы, посвященных этой теме, в качестве героев фигурируют обычно две взрослые женщины или два взрослых мужчины, в действительности в гомосексуальную связь чаще вступали взрослые мужчины и юноши (Karlen, 1980). Конечно, большинство мужчин в Древней Греции имели нормальные семьи, однако гомосексуальная любовь не считалась ни постыдной, ни греховной.

На заре существования Римской империи гомосексуальные отношения, очевидно, не преследовались законом; более того, гомосексуальное поведение было достаточно обычным. Браки между двумя мужчинами или женщинами считались нормальными и признавались высшим обществом; по имеющимся данным, несколько императоров, в том числе Нерон, состояли в браке с мужчинами (Boswell, 1980).

Принято считать, что христианская религия с самого начала осуждала гомосексуальность, однако не все историки придерживаются такой точки зрения. В своей книге "Христианство, общественная терпимость и гомосексуальность" Джон Босуэл (Boswell, 1980) утверждает, что на протяжении многих веков католическая Европа не проявляла враждебности к гомосексуалам.

Главное оружие против гомосексуальности дали католической церкви труды Св. Августина и Св. Фомы Аквинского: оба они писали, что любые половые акты, исключающие возможности зачатия, противоестественны и поэтому греховны. Согласившись с подобным ходом рассуждений, церковь превратилась в мощную силу, регулирующую половое поведение. Гомосексуалов стали осуждать за их наклонности и заставляли замаливать свой грех.

В средние века обвинение в гомосексуальности превратилось в одно из орудий инквизиции: дознаватели любыми способами выколачивали из подозреваемых нужные признания, представляя их не только извращенцами, но и еретиками и изменниками (Karlen, 1980).

Негативное отношение к гомосексуальности, проистекавшее из религиозных убеждений, преобладало в западном мире до тех пор, пока в XVIII и XIX вв. этой проблемой не заинтересовались медики (Bullough, 1978). Однако по существу ничего не изменилось: медики просто заменили слово "грех" словом "болезнь". Так, Крафт-Эббинг в своей книге "Psychopathia Sexualis" связывает гомосексуальность с генетическими дефектами и с аномалией нервной системы. К началу XX в. представление о гомосексуальности как о врожденном заболевании стало общепринятым.

Научные споры по поводу причин гомосексуальности не утихают весь XX в., однако отношение к этому явлению постепенно становится все более терпимым. Опубликованный в Англии в 1957 г. доклад Вольфендена рекомендовал ввести закон, разрешающий любые формы приватного полового поведения между взрослыми людьми по взаимному согласию. Летом 1969 г. в Гринвич-Вилледж (Нью-Йорк) состоялась демонстрация в знак протеста против полицейского налета на бар гомосексуалов; это событие можно считать началом борьбы геев за свои права . К 1990 г. во многих крупных и мелких городах США были приняты постановления, запрещающие дискриминацию гомосексуалов в отношении местожительства и трудоустройства.



Демонстрация гомосексуалов, требующих увеличения средств на борьбу со СПИДом.

Такие явные действия со стороны общины геев активизировали социальную и политическую оппозицию во многих кругах; даже сегодня заметна напряженность не только между гетеросексуалами и гомосексуалами, но и внутри самого сообщества гомосексуалов.

В своей книге "Гомосексуализация Америки" Д.Альтман (D. Altman, 1982) писал:

Гомосексуалы больше не грешники, не преступники, не извращенцы, не душевнобольные; им начинают давать менее оскорбительные определения: люди, ведущие альтернативный образ жизни, "члены некоего нового сообщества". В таком демократическом государстве, каким является США, это несомненно самый верный путь добиться, если не признания, то хотя бы терпимости.

Однако точка зрения Альтмана, несомненно популярная в начале 1980-х гг., быстро теряет своих приверженцев с появлением смертельной болезни, известной как СПИД (синдром приобретенного иммунодефицита, см. гл. 20). И хотя теперь мы знаем, что СПИД может передаваться и при гетеросексуальных контактах, в те годы среди заболевших преобладали геи и бисексуалы, что дало людям повод вновь заговорить о гомосексуальности как о болезни и вызвало новую волну протеста в обществе.

<u>Хронология знаменательных событий в движении за права геев:</u>

1969 - Полицейская облава в баре местечка Гринвич-Вилледж (Нью-Йорк), где обычно собирались геи, дала толчок к трехдневным беспорядком и демонстрациям, положившим начало движению геев за свои права

1970 - В Нью-Йорке и Сан-Франциско прошли демонстрации геев и лесбиянок, отметивших таким образом годовщину беспорядков в Гринвич-Вилледж

1973 - Американская Ассоциация психиатров исключила гомосексуальность из перечня психических расстройств

1977 - Харви Милк становится первым гомосексуалом, возглавившим демонстрацию в Сан-Франциско

1981 - Центр по контролю заболеваемости США сообщил о первых случаях таинственной болезни , поражающей гомосексуалов (называемую теперь СПИДом)

1982 - В г. Нью-Йорке основан центр по проблемам здоровья геев; в Далласе проведена первая Национальная конференция геев и лесбиянок, посвященная таинственной болезни, поражающей мужчин-гомосексуалов, предварительно названной некоторыми исследователями GRID (от англ. Gay-Related Immune Deficiency - иммунодефицит, связанный с гомосексуальностью)

1983 - Член палаты представителей (от шт. Массачусетс) Джерри Стедс открыто заявил о своей гомосексуальности, став первым членом Конгресса США, сделавшим свою сексуальную ориентацию достоянием общественности; впоследствии он был избран вновь

1983 - На 19 декабря 1983 г. в США зарегистрировано 3000 больных СПИДом и 1283 случая смерти от этой болезни

1984 - В Сан-Франциско во время съезда Демократической партии закрыты бассейны для гомосексуалов; в марше протеста участвовало 1 00 000 человек

1986 - Верховный суд США поддерживает права штатов объявить гомосексуальность вне закона

1987 - Триста тысяч человек прошли маршем в Вашингтон в поддержку движения за права геев; развернуто "лоскутное одеяло" СПИДа

1989 - Гомосексуалы Сан-Франциско получили официальное право вести общее хозяйство. Коллегия адвокатов шт. Калифорния предложила узаконить гомосексуальные браки

Происхождение гомосексуальности

Почему некоторые люди становятся гомосексуалами? Является ли это состояние пожизненным и неподвластным контролю сознания? Или это добровольный выбор, сделанный осознанно в определенный период жизни? А может быть, это результат воспитания, т.е. той ролевой модели, которая была навязана ребенку дома или в школе?

Каждая их перечисленных гипотез влечет за собой важные следствия при политических, правовых или религиозных истолкованиях феномена гомосексуальности. К сожалению, главная проблема в том, что никто на самом деле не знает не только того, в чем причина гомосексуальности, но и того, почему большинство людей гетеросексуальны. Возможно, исследователи просто до сих пор задавали себе не те вопросы. Так или иначе, рассмотрим некоторые точки зрения на происхождение гомосексуальности.

Биологические теории

Многие гомосексуалы утверждают, что их сексуальная ориентация определяется биологическими механизмами, на которые они влиять никак не могут. Для проверки подобных утверждений были проведены разного рода исследования.

Генетические факторы

В 1952 г. Каллман (Kallman, 1952) опубликовал данные, подтверждающие генетическую природу гомосексуальности. Он изучал группы однояйцовых и двуяйцевых близнецов, один из которых был гомосексуалом. Суть рассуждений Каллмана сводилась к следующему: поскольку близнецы как до, так и после рождения находятся в совершенно одинаковых условиях, роль генетического фактора в гомосексуальности должна проявляться в том, что случаи, когда оба однояйцовых близнеца гомосексуалы, должны встречаться гораздо чаще, чем случаи, когда один из них гомо-, а другой гетеросексуал. Среди двуяйцовых близнецов частота соответствия должна быть ниже, так как они различаются по своим генам. По данным Каллмана, однояйцовые близнецы демонстрируют по признаку мужской гомосексуальности 100% соответствие; для двуяцовых близнецов этот показатель значительно ниже и составляет 12%. Однако последующие исследования (Zuger, 1976; Heston, Shields, 1968) не подтвердили результаты Каллмана; в настоящее время генетическая теория гомосексуальности не столь популярна.

Гормональные факторы

Гипотеза о том, что в формировании гомосексуальности участвуют гормональные факторы, высказывалась многими учеными. Существует несколько групп данных, косвенно указывающих на это. Во-первых, известно, что разного рода пренатальные гормональные воздействия вызывают у животных некоторых видов гомосексуальное поведение мужского или женского типа (Dorner, 1968; 1976; Money, Ehrhardt, 1972; Hutchison, 1978). Во-вторых, предварительные исследования женщин с адреногенитальным синдромом (пренатальный избыток андрогена, см. гл. 7) показали, что такие женщины более склонны к развитию лесбиянской ориентации (Ehrhardt, Evers, Money, 1968; Money, Schwartz, 1977).

В-третьих, при сравнении уровня половых гормонов у взрослых гомо- и гетеросексуалов было обнаружено, что для мужчин с гомосексуальной ориентацией характерно либо более низкое содержание тестостерона, либо более высокое содержание эстрогена; в одной работе был выявлен более высокий уровень тестостерона в крови лесбиянок по сравнению с гетеросексуальными женщинами. Заметим, что другим исследователям эти результаты подтвердить не удалось (Meyer-Bahlburg, 1977, 1979; Tourney, 1980).

Аргументы в пользу гормональной природы гомосексуализма, приведенные в перечисленных выше работах, вызывают серьезную критику у многих исследователей и в какой-то мере опровергаются имеющимися данными. Например, введение взрослым гомосексуалам половых гормонов никак не влияет на их сексуальную ориентацию. Результаты модельных экспериментов на животных вряд ли можно экстраполировать на человека. Относительно редкие случаи корреляции между избытком или недостаточностью гормонов в пренатальный период и гомосексуальностью могут оказаться артефактом, не имеющим серьезного отношения к половому развитию. А противоречивые сообщения о статусе половых гормонов у взрослых людей оставляют многие вопросы без ответов. Самый главный из них: существует ли единственная причина

гомосексуальности или типов гомосексуальности несколько, так же как и биологических факторов, влияющих на сексуальную ориентацию (Masters, Johnson, 1979).

Следует отметить, что даже те, кто всецело разделяет концепцию гормонального происхождения гомосексуальности, не считают, что здесь существует какая-то простая причинно-следственная связь. Скорее рассматривается возможность влияния пренатального уровня гормонов на развитие головного мозга в направлении, предрасполагающем индивидуума к тем или иным типам сексуального поведения в зрелом возрасте.

Психологические теории

Концепция Фрейда

Фрейд полагал, что гомосексуальность представляет собой результат врожденной предрасположенности всех людей к бисексуальности. В обычных условиях психосексуальное развитие ребенка идет по гетеросексуальному пути. Однако в некоторых случаях, например при неправильном разрешении эдипова комплекса (см. стр. 194), нормальное развитие может остановится на "незрелой" стадии, что в конечном итоге приведет к гомосексуальности. Кроме того, поскольку, по мнению Фрейда, у всех людей имеется скрытая склонность к гомосексуальности, при определенных обстоятельствах (например, при неизжитом страхе кастрации у мужчин) гомосексуальное поведение может впервые проявиться в зрелом возрасте.

Изложить взгляды Фрейда на гомосексуальность достаточно четко затруднительно, так как он писал на эту тему сравнительно мало. Несмотря на то, что психоанализ подкрепил представление о гомосексуальности как об одной из форм психопатологии, в своем письме к матери, сын который был гомосексуалом, Фрейд весьма лояльно высказывается об этой сексуальной ориентации:

Разумеется, гомосексуальность нельзя считать достоинством, однако в ней нет ничего, чего бы следовало стыдиться, - это не порок, не признак деградации, ее нельзя назвать болезнью; мы рассматриваем ее как некий вариант полового развития. Многие весьма уважаемые люди прошлых лет и современности являются гомосексуалами, причем среди них есть несколько великих мужей (Платон, Микельанджело, Леонардо да Винчи и другие). Преследовать гомосексуалов не только крайне несправедливо, это преступно и жестоко (Historical Notes, A Letter from Freud, 1951).

Остается неясным, действительно ли Фрейд испытывал чувства, выраженные в его письме, или он просто старался успокоить убитую горем мать; однако не вызывает сомнений, что многие последователи Фрейда занимали в отношении к гомосексуальности резко отрицательную позицию (см. обзоры Karlen, 1971; Green, 1972; Tripp, 1975).

Модель Бибера

Поскольку Фрейд высказал мнение, что неправильные отношения между родителями и детьми могут привести к гомосексуальности, психоаналитик И. Бибер и его коллеги (Bieber et al., 1962) изучили семейную жизнь своих пациентов, из которых 106 были гомосексуалами, а 100 - гетеросексуалами. Оказалось, что у многих гомосексуалов были чересчур властные матери и слабовольные, пассивные отцы; у гетеросексуалов подобное соотношение родителей встречалось редко. Бибер отверг концепцию Фрейда о

психической бисексуальности и высказал мнение, что гомосексуальность порождается страхом перед отношениями с лицами противоположного пола.

Дальнейшие исследования этой кажущейся "причины" мужской гомосексуальности привели к разноречивым результатам. По данным Бене (Вепе, 1965), у мужчин-гомосексуалов были относительно менее близкие отношения со своими отцами, чем у гетеросексуалов; они чаще отзывались о своих отцах как о пустых людях, "неудачниках", однако никаких жалоб на чрезмерную властность матерей не было. В отличие от этого Гринблат (Greenblatt, 1966) сообщает, что, по его данным, отцы гомосексуалов-мужчин - хорошие, добрые и заботливые люди, а матери не отличаются ни чрезмерной заботливостью, ни властностью. Зигельман (Siegelman, 1974) указывает на отсутствие каких-либо существенных различий между группами психологически хорошо адаптированных гетеросексуалов и гомосексуалов в смысле отношений в их семьях. Не нашли подтверждения взгляды Бибера и в капитальном исследовании Белла, Вайн-берга и Хаммерсмита.

В своем обзоре, посвященном этой теме, Мармор (Магтог, 1980) пишет так:

Гомосексуалы встречаются и в семьях, где матери очень неприветливы и неласковы, а отцы очень близки к детям; и в семьях, где отношения со старшими братьями были "двойственными", и в семьях, в которых мать или отец постоянно отсутствовали, и в семьях, где идеализировали отцов, а матери отводилась роль прислуги. Тем не менее, "несмотря на высокую вероятность для мальчиков из неблагополучных семейств стать гомосексуалами", это случается далеко не со всеми.

Продолжая подобного рода исследования, Вольф (Wolff, 1971) пришла к выводу, что для изученных ею 100 лесбиянок наиболее типичны отвергающая ребенка или равнодушная к нему мать и отстраненный или постоянно отсутствующий отец. Она была убеждена, что лесбиянками становятся девочки, которым матери уделяют недостаточно внимания и любви, вынуждая их искать все это у других женщин; а отсутствие близости с отцом лишает этих девочек возможности научиться общению с мужчинами. К этим наблюдениям следует добавить, что многие гомосексуалы происходят из вполне благополучных семей (Tripp, 1975; Gagnon, 1977; Masters, Johnson, 1979). Многие родители считают себя виновными в том, что их ребенок стал гомосексуалом, и мучительно ищут ответа на вопрос: "Что мы сделали не так?" Однако современные данные не позволяют однозначно утверждать, что гомосексуальность всегда или обычно возникает в результате неправильного воспитания.

Бихевиористские теории

В социально-психологических теориях подчеркивается, что гомосексуалами люди становятся в результате научения (MgGuire, Carlisle, Young, 1965; Gagnon, Simon, 1973; Masters, Johnson, 1979). С этой точки зрения процесс сексуальной ориентации сводится к вырабатыванию в раннем возрасте психологических условных рефлексов в сочетании с положительным или отрицательным подкреплением за определенное сексуальное поведение в раннем возрасте. Таким образом, ранние сексуальные опыты людей могут направить их в сторону гомосексуального поведения в результате приятных, доставляющих удовлетворение сексуальных контактов с представителями своего пола или неприятных, разочаровывающих и даже вызывающих страх гетеросексуальных опытов.

Сексуальная фантазия также может привести к созданию условных рефлексов. Удачный сексуальный контакт с гомосексуальным партнером может стать основой для фантазий во

время мастурбирования и если мастурбирование закончилось оргазмом, такая фантазия становится положительным подкреплением. На сексуальную ориентацию человека могут влиять и другие факторы. В последнее время все большее внимание привлекают дети с нетипичным для своего пола поведением (изнеженные мальчики и девочки-"сорванцы"); высказывается мнение,что из таких детей чаще всего получаются гомосексуалы (Green, 1974; 1987; Hockenberry, Billinham 1987; Zuger, 1984, 1989).

Бихевиористский подход позволяет объяснить, почему некоторые гетеросексуалы в зрелом возрасте становятся гомосексуалами. Если человек пережил неприятный гетеросексуальный опыт в сочетании с удачными гомосексуальными встречами, он может постепенно перейти к гомосексуальности. Хотя некоторые люди, "переключившиеся" после первоначальной гетеросексуальной ориентации на гомосексуальную, не вполне соответствуют данному выше описанию, немало гомосексуалов прошли именно этот путь (Masters, Johnson, 1979). Известно, что некоторые женщины, подвергшиеся изнасилованию, становятся лесбиянками (Grandlach, 1977).

Теория Стормза

Еще одну точку зрения на происхождение гомосексуальности высказал психолог М. Стормз. По его мнению, существует некая связь между ранним половым созреванием с последующим предпочтением эротической активности с представителями своего пола. Стормз исходит из того, что раннее половое созревание наступает в возрасте примерно 12-13 лет, когда гомосексуальное экспериментирование достаточно обычно, а сильная установка еще не приобретена. Подростки, рано достигшие половой зрелости, обладают определенным сексуальным превосходством над теми своими ровесниками, у кого процесс полового развития происходит медленнее. Понятно, что более сильное половое влечение усиливает воздействие любого сексуального опыта, доставляющего удовольствие, однако в этом возрасте гомосексуальные контакты гораздо более доступны, чем гетеросексуальные. Взаимодействие между биологическими и психологическими факторами делает весьма возможным (хотя и не абсолютным) сохранение предпочтения к гомосексуальным контактам во взрослом возрасте (Storms, 1981). Однако результаты длительного изучения подростков, рано достигших половой зрелости, не подтверждают теорию Стормза.

Заключительные замечания о "причинах"

Как уже было сказано, общего мнения о "причинах" гомо- или гетеросексуальности не существует. Обсуждая несколько наиболее известных гипотез, мы почти во всех случаях оговаривались, что имеющиеся данные недостаточны и нуждаются в дальнейшей проверке. Нельзя исключить, что некоторые из перечисленных выше возможных причин гомосексуальности действительно лежат в основе этого отклонения у определенного процента лиц. Вместе с тем кажется вполне реальным, что спустя годы многие из предложенных гипотез будут признаны абсолютно неверными. Хотя сегодня мы считаем, что главную роль в возникновении гомосексуальности играют постнатальные события, мы отнюдь не отвергаем возможность пренатальной запрограммированности.

Психологическая коррекция гомосексуалов

На протяжении последнего столетия преобладало представление о гомосексуальности как о некой болезни. Если вспомнить теорию Крафт-Эбинга, рассматривающего гомосексуальность как результат наследственных дефектов, или мнение психоаналитиков,

считающих что она возникает вследствие всепоглощающего страха перед кастрацией, нетрудно понять, почему такое заключение казалось логичным.

Дальнейшие "доказательства" психологической дисадаптации гомосексуалов предоставили несколько предприимчивых ученых. Изучая гомосексуалов в тюрьмах, они пришли к выводу (вполне ожидаемому), что эмоциональное здоровье этих людей слабее, чем у гетеросексуалов, ведущих нормальный образ жизни. К началу 50-х гг. научные исследования обычно проводили на гомосексуалах, обращавшихся к психиатрам, пренебрегая неизбежно возникшей при этом ошибкой выборки: поскольку люди обращаются к психиатру при каких-то эмоциональных проблемах, работа с такой неслучайно подобранной группой людей должна была привести к необоснованному заключению о наличии у гомосексуалов душевных болезней.

К счастью, психолог И. Хукер (Hooker, 1957) подошла к этому вопросу более глубоко. Отобрав группу из 60 человек (30 гомо- и 30 гетеросексуалов, которые не были ни душевнобольными, ни заключенными и соответствовали одни другим по возрасту, образованию и IQ), она провела со всеми личностные тесты, позволившие ей получить информацию о жизни пациента, а затем передала все эти данные экспертам-психолагам, которые должны были оценить их, не зная, относятся ли они к гомо- или к гетеросексуалам. Как показали результаты, психологи не смогли отличить испытуемых одной группы от другой; так было получено первое объективное свидетельство того, что гомосексуальность необязательно бывает обусловлена психологической дисадаптацией.

Работы Хукер были продолжены в серии исследований, также проведенных на здоровых людях (Saghir, Robins, 1973); при этом авторы сравнивали гомосексуалов, мужчин и женщин, с гетеросексуалами, не состоящими в браке, поскольку частота некоторых психических расстройств у одиноких людей выше. Их общий вывод был однозначен: большинство изученных гомосексуалов были хорошо адаптированными, продуктивно работающими людьми без каких-либо признаков психических заболеваний. Между группами гомо- и гетеросексуалов различий оказалось мало, если не считать повышенной частоты алкоголизма среди лесбиянок.

За последние 20 лет было проведено много исследований, в которых сравнивались результаты психологического тестирования гомо- и гетеросексуалов. Анализ этих данных показал, что по частоте эмоциональных отклонений и психических заболеваний гомосексуалы не отличаются от людей с обычной сексуальной ориентацией (B.E. Reiss, 1980).

Полученные результаты не означают, что гомосексуалы всегда бывают здоровы в эмоциональном плане, как и не доказывают, что гетеросексуалы никогда не впадают в депрессию или не испытывают тревоги. Однако они позволяют утверждать, что гомосексуальность, как таковую , нельзя считать одной из форм психической дисадаптации и что она необязательно сопровождается другими признаками последней (Greem, 1972; Hoffman, 1977; Marmor, 1980a; American Psychiatric Association, 1987).

Гомофобия

Гомофобией называют враждебность и страх, испытываемые многими людьми к гомосексуалам. Происхождение гомофобии так же неясно, как и происхождение гомосексуальности, однако, по мнению некоторых психологов, она представляет собой своего рода защиту, попытку людей отгородиться от чего-то, слишком близкого к ним. Возможно, что такие крайние проявления гомофобии, как жестокие избиения и убийства

гомосексуалов, в какой-то мере бывают мотивированы стремлением нападающего подавить в самом себе глубоко запрятанные гомосексуальные импульсы. Большинство нападений на гомосексуалов совершают подростки, по-видимому в стремлении доказать своим сверстниками, какие они "крутые" (Greer, 1986). Агрессивное отношение к гомосексуалам проявляют члены ку-клукс-клана и неонацисты (Gutis, 1939).

Уайтем и Мати (Whitam, Mathy, 1986) так описывают феномен гомофобии:

Гомосексуалов называют преступниками, извращенцами и патологическими личностями; их считают грешниками, заслуживающими смерти, что заставляет вспомнить об инквизиции...В американском обществе очень мало, а может быть и нет других социальных групп, которые бы вызывали такую враждебность, как гомосексуалы.

Справедливость этого высказывания подтверждается резким возрастанием жестокости по отношению к гомосексуалам, наблюдаемым за последние десять лет. Эти годы характеризуются усилением борьбы геев за свои гражданские права и привлечением к ним всеобщего внимания в связи с эпидемией СПИДа (Greer, 1986; Gutis, 1989). Многие гомосексуалы выразили свое возмущение одним из заявлений Ватикана (1986), в котором говорится, что "если гражданское законодательство и впредь будет защищать гомосексуальное поведение, на которое никто не имеет никакого права", это приведет к еще большему "усилению ненависти к гомосексуалам" (The New York Times, 31 октября 1986).

В нашем обществе гомофобия проявляется в самых разных формах. Гомосексуалов высмеивают в анекдотах или обзывают такими уничижительными словами, как "педик", "гомик". Родители боятся любых проявлений "женских" интересов у мальчика, считая, что это может привести к гомосексуальности; поэтому они всегда готовы купить сыну футбольный мяч, игрушечное ружье или модели самолетов, даже если он не проявляет особого интереса к таким игрушкам. Полиция использует разнообразные методы для задержания людей, совершающих гомосексуальные акты; например, заманивают их в ловушку (полицейский выступает в роли человека, готового участвовать в гомосексуальном акте) или использовать съемку скрытой камерой в общественных местах.

Гомосексуалов изгоняют из военных организаций, они не могут быть священнослужителями (хотя это касается не всех вероисповеданий). Гомосексуалам отказывают в найме жилья, приеме на работу и выдаче банковских кредитов. Многие люди считают их больными и даже "заразными", способными завлечь других в гомосексуальный разврат.

Неудивительно, что в обстановке гомофобии очень многие люди убеждены в необходимости лечить гомосексуалов, с тем чтобы они стали гетеросексуалами. Такое лечение иногда может помочь тем, кто сам жаждет измениться (Hatterer, 1970; Masters, Johnson, 1979; Marmor, 1980), однако недопустимо и неэтично применять его к гомосексуалам, не желающим изменить свою сексуальную ориентацию.

Способы создания полового возбуждения у гомосексуалов

Сексуальная техника гомосексуалов, как мужчин, так и женщин, не отличается от используемой гетеросексуалами, но гомосексуалы более охотно экспериментируют в этой

области. Большая консервативность гетеросексуалов объясняется тем, что многие люди считают любые вариации в сексуальной активности аномальными; что касается гомосексуалов, то, поскольку ни один применяемый ими способ сексуальной стимуляции не может быть одобрен обществом, их сексуальное поведение менее ограничено (Tripp, 1975).

Отметим еще одно существенное обстоятельство. Установлено, что физиологические реакции гомосексуалов, как мужчин, так и женщин, не отличаются от реакций гетеросексуалов (Masters, Johnson, 1979). Лабораторные наблюдения за сексуальными реакциями, возникавшими у 94 геев и 82 лесбиянок в более чем 1200 актах мастурбирования, манипуляций партнера и орально-генитальных контактов, показали, что 99% случаев завершались оргазмом. Эти данные почти точно соответствуют более ранним результатам, полученным при аналогичных наблюдениях за гетеросексуальными мужчинами и женщинами. Конечно, физиологическая эквивалентность не означает эквивалентность во всем остальном, однако необходимо понимать, что сексуальные реакции человека не зависят от его сексуальной ориентации, они одинаковы у гомо- или гетеросексуалов.

Сексуальная техника лесбиянок



Как установили Кинзи и др. (Kinsey et al., 1953), 2/3 лесбиянок испытывали оргазмы в 90-100% своих контактов, тогда как лишь 40% женщин достигали такой высокой частоты оргазмов на пятом году супружеской жизни. Они установили также, что среди женщин с большим гомосексуальным опытом 98% применяли мануальную стимуляцию гениталий; 97% - мануальную, а 85% - оральную стимуляцию молочных желез, 78% занимались куннилингусом, а 56% использовали генитальный контакт.

Мануальная стимуляция гениталий - самая широко распространенная и частая форма, применяемая в лесбийском сексе. По данным Белла и Вайнберга (Bell, Weinberg, 1978), примерно 80% опрошенных в их выборке занимались этим в предшествующем году, причем 40% использовали эту технику раз в неделю или чаще.

В отличие от состоящих в браке гетеросексуальных пар, у которых "ориентированный на действие" мужчина стремится поскорее добраться до груди или же сразу заняться стимуляцией гениталий, партнерши-лесбиянки обычно начинают с объятий и поцелуев, и лишь затем ласкают друг другу грудь и гениталии (Masters, Johnson, 1979). Кроме того, когда две состоящие в прочной связи лесбиянки начинают игру с молочными железами, они уделяют этому больше внимания и времени, чем гетеросексуальные пары. Лесбиянка,

выступающая в активной роли, постоянно следит за реакциями своей партнерши, тогда как мужчины при стимуляции молочных желез делают это больше для того, чтобы вызвать возбуждение у самих себя, чем чтобы доставить удовольствие своей партнерше. Кроме того, лесбиянки знают, что перед менструацией прикосновения к груди могут быть болезненными, а многие мужчины забывают об этом.

Для достижения оргазма лесбиянки предпочитают применять куннилингус (Bell, Weinbergm 1978; Califia, 1979). В общем, лесбиянки стимулируют своих партнеров орально-генитальным способом более эффективно, чем мужчины-гетеросексуалы, и обычно более изобретательны и менее сдержанны в сексуальном плане, чем гетеросексуальные пары (Masters, Johnson, 1979). Это, вероятно, объясняется тем, что женщине на основе собственного опыта, легче понять что может быть приятно другой женщине.

Лесбиянки, применяющие оральный секс, в большинстве случаев, по-видимому, бывают более, чем удовлетворены своей половой жизнью, однако примерно 25% лесбиянок, по их словам, прибегают к этой форме стимуляции очень редко или не используют ее никогда (Blumstein, Schwartz, 1983).

Некоторые лесбиянки возбуждают друг друга соприкасаясь всем телом или только гениталиями, однако для достижения оргазма этот способ, по-видимому, применяется редко (Bell, Weinberg, 1978; Califia, 1979). Анальную стимуляцию лесбиянки практикуют редко.

В одном обзоре, составленном на основании опроса 771 пар лесбиянок и 3547 гетеросексуальных супружеских пар, сделан вывод, что гомосексуальные женские пары занимаются сексом гораздо реже, чем состоящие в браке гетеросексуалы (Blumstein, Schwartz, 1983). Однако из результатов другого исследования, в котором опрашивались не пары, а отдельные лица, следует, что лесбиянки занимаются сексом чаще, чем гетеросексуальные женщины, чаще достигают оргазма, имеют больше партнеров и получают большее сексуальное удовлетворение (Coleman, Hoon, Hoon, 1983).

Сексуальная техника геев

Подобно лесбиянкам, геи, образующие постоянные пары, независимо от формы сексуальной активности, обычно приступают к ней не торопясь и не стремятся одним рывком достигнуть поставленной цели. Они так же, как лесбиянки, предпочитают медленно наращивать возбуждение и продлевать стадию плато, вкладывая в свои действия больше непринужденности и выдумки, чем супружеские пары гетеросексуалов. Бывают, однако, и исключения. Некоторые постоянные пары геев действуют вполне целенаправленно и проводят половой акт в бешеном темпе, в то же время некоторые гетеросексуальные супружеские пары получают удовольствие от тихого, спокойного и растянутого секса. Но в целом различие между этими двумя группами выражено не очень резко (Masters, Johnson, 1979).

Большинство постоянных пар геев начинают сексуальные взаимодействия с объятий, ласк и поцелуев. На первых стадиях нередко используют мануальную или оральную стимуляцию сосков, что почти всегда вызывает эрекцию у пассивного партнера. (Интересно отметить, что очень немногие женщины в процессе сексуальной игры стимулируют соски своих партнеров.)

При игре с гениталиями геи, выступающие в роли "мужа", часто прибегают к "поддразниванию". Это выражается в особом внимании к уздечке полового члена, в разнообразных прикосновениях, ласках и поцелуях с целью вызвать эротическое возбуждение. Многие из опрошенных Мастерсом и Джонсон "мужей", сообщали, что для стимуляции партнеров они используют те приемы, которые нравятся им самим. Кроме того, среди геев принято обсуждать способы генитальной стимуляции, чтобы выяснить что именно доставляет партнеру особое удовольствие.

Гомосексуальные и гетеросексуальные пары не очень различаются по технике фелляции. Именно фелляция, по-видимому, представляет собой самую распространенную форму сексуальной активности гомосексуалов: свыше 90% геев участвовали в такой стимуляции как в активной, так и пассивной ролях (Saghir,Robins, 1973; Bell, Weinberg, 1978).

Другой, обычный среди геев, вид секса - анальное сношение. В одном исследовании было установлено, что 93% опрошенных геев имели подобный опыт (Saghir, Robins, 1973). Однако по другим данным, 22% геев, принадлежащих к белой расе, за предшествующий год ни разу не участвовали в анальном половом акте, а у остальных частота анальных сношений была значительно ниже частоты фелляции (Bell, Weinberg, 1978). В настоящее время из-за высокого риска заражения ВИЧ при анальном сексе (см. гл. 20) эта форма полового акта, по-видимому, используется реже (Ruchwald, 1988; Connell, Kippax, 1990).

Некоторые авторы предлагают делить гомосексуалов-мужчин на "активных" и "пассивных" в зависимости от их роли в анальном сношении. Но дело в том, что большинство геев, участвующих в анальном сексе, получают удовольствие как от одной, так и от другой роли; остальные же считают саму идею анального секса неприятной или даже отвратительной.

В конце 1970-х гг. в некоторых общинах геев стала популярной еще одна форма анального секса, получившая название "кулачной"; при этом в прямую кишку (обычно после предварительной клизмы) вводят кисть руки, движения которой вызывают половое возбуждение (Morin, 1981; Lowry, Williams, 1983). Хотя имеются данные об использовании этого способа не только геями, но также гетеросексуалами и лесбиянками, распространен он главным образом среди геев. Приверженцы этой формы сексуальной стимуляции описывают ее как необычайно сильное, доводящее до экстаза переживание, но подчеркивают, что она требует значительного доверия к партнеру, который должен действовать медленно и осторожно (Lowry, Williamsm 1983). Кулачный способ, как правило, сопряжен с употреблением наркотиков и представляет наибольшую угрозу для здоровья: велик риск повредить анальное отверстие и прямую кишку (что повышает риск ВИЧ-инфекции), а также заразиться гепатитом В.

Общие аспекты гомосексуального поведения

Предполагать, что все гомосексуалы похожи друг на друга, так же нелепо,как считать, что все вегетарианцы ведут себя одинаково, одеваются одинаково и вообще соответствуют какому-то одному типу личности. Между тем многие в нашем обществе придерживаются именно такого мнения. Сложившийся стереотип подсказывает нам, что гомосексуал - это чрезмерно эмоциональный, импульсивный мужчина с жеманными манерами и вычурной речью, по профессии дамский парикмахер, художник или дизайнер. Согласно этому же стереотипу, лесбиянка - это мужеподобная женщина, похожая на мясника. Если мы видим перед собой мужчину или женщину, которые отвечают этим критериям, не имеют семьи или еще того хуже живут с другим лицом того же пола, мы не сомневаемся: перед нами гомосексуалы.

Эти стереотипы весьма неточны. Действительно некоторое число гомосексуалов-мужчин ведут себя несколько женоподобно, однако они составляют не более 15% всех мужчин с такой ориентацией (Voeller, 1980). Число лесбиянок с мужеподобной внешностью также очень невелико, и мужеподобная женщина вовсе не обязательно лесбиянка. Среди гомосексуалов наряду с парикмахерами и дизайнерами немало врачей, юристов, водителей грузовиков, профессиональных спортсменов и политиков. Нет такой профессии которая состояла бы из одних только гетеро- или одних гомосексуалов.

Отсутствуют также данные о том, что большинство гомосексуалов эмоционально плохо адаптированы - факт, особенно примечательный в свете предубежденного отношения к гомосексуалам в нашем обществе. Наконец, не существует никакого гомосексуального образа жизни, который бы точно описывал, как живут большинство геев. Это неудивительно, поскольку некоторые люди гомосексуальны на протяжении всей своей жизни, тогда как другие придерживаются такой сексуальной ориентации всего несколько лет. Есть также "скрытые" гомосексуалы, старающиеся не выдавать своих наклонностей в повседневной жизни (среди них немало гомосексуалов, состоявших в гетеросексуальных браках), а также такие, которые открыто заявляют о своей гомосексуальности. Есть воинствующие, а есть и более консервативные гомосексуалы. Многие сохраняют длительные прочные связи, тогда как другие предпочитают независимость и более легкое отношение к сексу - разнообразие типов поведения среди гомосексуалов бесконечно.

Тем не менее можно обсудить некоторые общие аспекты гомосексуального поведения подобно тому, как мы рассматриваем типы гетеросексуального поведения.

Осознание гомосексуальности



Некоторые геи не только открыто признают свою гомосексуальность, но и гордятся этим.

Некоторые гомосексуалы утверждают, что они осознали свою гомосексуальность в возрасте 5-6 лет; другие начинают понимать это лишь в зрелом возрасте. Вряд ли, однако, маленький ребенок реально ощущает свою гомосексуальную ориентацию. Ощущение своей неординарности еще в детстве, о чем вспоминают некоторые гомосексуалы, став взрослыми, не всегда точно указывает на последующую сексуальную ориентацию, поскольку многие "нормальные" взрослые также чувствовали себя в детстве "не такими, как все". Кроме того, сложившиеся в обществе представления о том, что "должны" чувствовать гомосексуалы, могут оказывать влияние на воспоминания взрослых о своих чувствах и поведении (Ross, 1980).

Большая часть научных данных свидетельствует, что гомосексуалы-мужчины начинают осознавать сексуальную ориентацию в ранней юности, к женщинам это приходит несколько позднее (Dank, 1971; Weinberg, 1978; Cass, 1979; Stanley, Wolfe, 1980; Troiden, Goode, 1980). В более раннем возрасте и дома, и в школе, и в телевизионных передачах, и

в детских книжках ребенок находится в окружении исключительно гетеросексуальных ролевых моделей (во всяком случае такими он их видит). Это обстоятельство в сочетании с автоматически принимаемым допущением, что все вокруг - гетеросексуалы, пока не будет "доказано" обратное, почти неизбежно приучает ребенка считать себя гетеросексуалом.

Как люди "обнаруживают", что они гомосексуалы? Это происходит по-разному. Многие геи рассказывают, что такие подозрения у них возникли в раннем подростковом возрасте после сексуального эпизода со сверстниками того же пола. Затем, по их словам, какое-то время они находились в замешательстве относительно своей половой ориентации, и лишь впоследствии, осознав себя гомосексуалами, стали придумывать способы существования в гетеросексуальном мире (Cass, 1978)(Важно помнить, что гомосексуальные и гетеросексуальные эксперименты в детстве или отрочестве обычны.). Есть гомосексуалы, у которых соответствующие подозрения возникают без какого-либо сексуального опыта с лицом своего пола, а впоследствии эти подозрения лишь подтверждаются (Weinberg, 1978). У некоторых гомосексуалов процесс самопознания длится многие годы. Все их попытки соответствовать принятому в обществе гетеросексуальному модусу кончаются неудачей, они лишь убеждаются в том, что это им просто неприятно.

Один лишь факт, что человек получает удовольствие от полового акта с лицом одного с ним пола, необязательно свидетельствует о его или ее гомосексуальности.

Несмотря на то, что некоторые лесбиянки еще в отрочестве осознают свою сексуальную склонность, в большинстве случаев они считают испытываемое ими влечение к женщинам "преходящей фазой" (Stanley, Wolfe, 1980). Многие лесбиянки реализуют свою сексуальную ориентацию лишь после вступления в гетеросексуальный брак.

Конечно, осознать свою гомосексуальность и смириться с ней - совсем не одно и то же. Некоторые геи и лесбиянки принимают свой статус легко, однако очень многие испытывают душевный разлад и неуверенность, порождаемые всем тем, что вытекает из существования гомосексуалов в гетеросексуальном обществе. Одни люди, осознавшие свою гомосексуальность, пытаются "лечиться" от этого "недуга", другие гордятся своей исключительностью. Хотя, по имеющимся данным (Bell, Weinberg, 1978), только 1 из 20 гомосексуалов (мужчин и женщин) открыто выражает большое сожаление по поводу своей гомосексуальности, примерно 1 из 3 делает попытки отказаться от гомосексуальной активности. Отмечено, что геи труднее, чем лесбиянки, примиряются со своей гомосексуальностью; возможно, это объясняется тем, что мужчины гораздо чаще рассматривают гомосексуальность "как неспособность достигнуть мужской сексуальной установки", тогда как женщины-лесбиянки, как правило, рассматривают свой статус как добровольно принятый ими отказ от гетеросексуальных отношений (Bell, Weinberg, 1978).

Выход из подполья

"Выходом из подполья" называют признание гомосексуалов в своей сексуальной ориентации. Этот процесс может быть длительным: сначала гомосексуал рассказывает правду о себе лучшему другу (и ожидает его реакции); затем постепенно посвящает в свою тайну близких приятелей и, наконец, сообщает членам своей семьи, сослуживцам и просто знакомым. Иногда эта весть распространяется очень быстро, но чтобы решиться на "выход из подполья", могут понадобиться годы.

Многие гомосексуалы считают, что гораздо легче открыться перед геями, чем перед своими гетеросексуальными приятелями и семьей. Иногда они решают сохранять

"видимость" гетеросексуальности, чтобы избежать осуждения со стороны общества, экономических последствий или других возможных проблем; тогда в среде геев их называют "частично вышедшими из подполья". Вот что сказал по этому поводу один 26-летний гей:

Конечно, мне хотелось бы объявить миру о своей гомосексуальности. Однако в результате я, вероятно, лишился бы работы и создал бы так много проблем для своей семьи (особенно для своего отца-священнослужителя), что не вижу в этом смысла. Ночью у меня одна жизнь, а в рабочее время и на семейных сборищах - другая, и, в сущности, все это не так уж важно. (Из картотеки авторов)

Однако не все гомосексуалы считают такое решение приемлемым. Ведь доверившись враждебному миру, человек рискует превратить свою жизнь в ад. В этом случае поддержка со стороны семьи и друзей особенно необходима. Приведем рассказ 24-летней женщины:

Все студенческие годы я боялась признаться родителям в том, что я лесбиянка; я говорила себе, что необходимо открыться, но не могла решиться сделать это. И вот, перед самым окончанием колледжа, что-то вдруг подсказало мне, что я должна все рассказать именно СЕЙЧАС. Я никак не рассчитывала, что мои родители проявят такое понимание. Это безусловно помогло мне лучше относиться к самой себе. (Из картотеки авторов)

Далеко не всегда, однако, "признание" обходится так легко. В большинстве случаев родители приходят в отчаяние, узнав о гомосексуальности сына или дочери; многие из них заставляют своих детей обратиться к врачу, чтобы "покончить с этой проблемой". Некоторые отказываются общаться со своими детьми; другие выражают свое недовольство в менее резкой форме, но их явно расстраивает наличие в семье гомосексуала.

Изучение отношений между геями и их родителями в 93 семьях позволило сделать следующие выводы (Cramer, Roach, 1988):

1. В большинстве случаев сразу после того, как сын признается родителям в том, что он гомосексуал, обстановка в семье становится очень напряженной, однако в конце концов первоначальное смятение проходит и отношения улучшаются; во многих случаях они становятся даже лучше, чем были до того, как родители узнали о сексуальной ориентации сына.

2. Многие геи, не признающиеся родителям в своей гомосексуальности, боятся причинить им боль или разочаровать их; то, что родители отрекутся от них или станут их ругать, беспокоит геев гораздо реже.

3. Чаще всего геи открываются перед родителями, желая поделиться с ними своими личными проблемами, устав скрывать от них правду, стремясь к большей свободе и большей близости с родителями.

4. Реакция родителей на гомосексуальность сына, по-видимому, не зависит от того, кто им сообщил эту новость: сам сын, признавшийся в этом добровольно или в ответ на их вопрос, кто-то из знакомых или они узнали об этом случайно.

Многие лесбиянки боятся признаться матери по ряду особых причин. Как указывает Зиттер (Zitter, 1987), реакция матери часто бывает остро негативной, потому что она

чувствует себя отвергнутой, вынужденной забыть свои мечты о свадьбе дочери, о внуках и просто отказаться от возможности "соответствовать" гетеросексуальным ожиданиям семьи и общества. Он отмечает также (Zitter, 1977):

Часто после такого открытия родители из лучших побуждений начинают настаивать на лечении и предлагают возместить связанные с этим расходы. Если дочь не вполне уверена в своей гомосексуальности и ищет независимой оценки, такая реакция усилит ее беспокойство и амбивалентность. Если же она уверена в своей сексуальной ориентации, то предложение матери может привести ее в ярость, и все может закончится крупнейшим конфликтом и полным разрывом отношений на какое-то время.

Но не все матери (и отцы) реагируют на гомосексуальность дочери так отрицательно. На самом деле после того, как родители узнают правду, напряженность в семье несколько падает; например, мать и отец перестают непрерывно ворчать: "почему ты никак не найдешь себе хорошего парня, чтобы выйти замуж?" или сводить дочь с многообещающими молодыми людьми. Однако, за исключением тех случаев, когда родители давно подозревали, что их дочь лесбиянка, путь от первоначальной негативной реакции до примирения может быть для них долгим и болезненным (точно таким же он, скорее всего, будет и для родителей гея). У матери признание дочери может вызвать горе, вполне сравнимое с горем по умершей (Zitter, 1987). Но в этом есть и потенциально позитивный фактор: "пройдя через скорбь, мать, возможно, сумеет смириться с лесбиянством дочери, что откроет им обеим путь к созданию взаимоотношений иного рода" (Zitter, 1987).

Несмотря на наблюдаемую в настоящее время тенденцию убеждать гомосексуалов "выходить из подполья", гордиться своей сексуальной ориентацией и добиваться политических прав, большинство гомосексуалов, как мужчин, так и женщин, предпочитают не афишировать свою сексуальную ориентацию. Создается впечатление, что в низших слоях общества люди свободнее говорят о своей гомосексуальности, тогда как более образованные и состоятельные люди предпочитают скрывать ее (Bell, Weinberg, 1978).

Типология гомосексуалов

Белл и Вайнберг (Bell, Weingberg, 1978) опросили 979 геев и лесбиянок. Для того чтобы найти их, они давали объявления в газеты, рассылали анкеты по почте, распространяли специальные карточки в барах и бассейнах. И хотя их выборку нельзя считать репрезентативной для всех гомосексуалов США, она дала широкие возможности для анализа чувств и поведения гомосексуалов. Одним из наиболее интересных результатов этого исследования было выявление различных типов сексуального поведения гомосексуалов, что позволяет проводить сравнения между разными их группами. Примерно 3/4 гомосексуалов, входящих в выборку, можно было отнести к одному из этих описанных ниже типов (табл. 16.2).

Таблица 16.2

Соотношение гомосексуалов разных типов (Bell, Weinberg, 1979)

	Стремящиеся к постоянств	Не стремящиеся к	Функциональные, %	Дисфункциональные, %	Асексуальные, %

	у, %	постоянств у, %			
Геи	10	18	15	12	16
Лесбиянки	28	17	10	5	11

29% геев и 28% лесбиянок не соответствовали ни одной из выделенных групп.

Стремящиеся к постоянству гомосексуалы. Образуют прочные связи, похожие на гетеросексуальные супружеские пары. У них мало сексуальных проблем, мало половых партнеров и они редко специально занимаются поисками полового партнера.

Не стремящиеся к постоянству гомосексуалы. Живут с одним партнером, но обычно имеют много связей на стороне и затрачивают немало времени на их поиски. У них чаще возникают сексуальные проблемы и они чаще сожалеют о своей гомосексуальности, чем представители предыдущей группы.

Функциональные гомосексуалы. Не образуют пар, имеют много половых партнеров и мало сексуальных проблем. Обычно это молодые люди, почти не сожалеющие о своей гомосексуальности и проявляющие большой интерес к сексу.

Дисфункциональные гомосексуалы. Не образуют пар и имеют многочисленных половых партнеров; они отличаются высокой половой активностью, но при этом у них много сексуальных проблем.

Асексуальные гомосексуалы. Отличаются слабым интересом к сексу и не образуют пар. Они чаще имеют не только гомо-, но и гетеросексуальные контакты и стараются скрывать свою гомосексуальную ориентацию более тщательно, чем другие.

Как оказалось, принадлежность к той или другой группе сильно зависит от социальной и психологической адаптации человека. Стремящиеся к постоянству гомосексуалы, в общем, счастливы и хорошо адаптированы. В отличие от них дисфункциональные и асексуальные гомосексуалы психологически хуже адаптированы, чем гетеросексуалы, и хуже справляются с житейскими проблемами. У дисфункциональных геев "сильнее выражены чувство одиночества, тревоги, параноидные тенденции, депрессия, напряженность и неблагополучие, чем у представителей любой другой группы", а дисфункционалам-женщинам скорее, чем всем остальным, "может понадобиться длительная профессиональная помощь в связи с той или иной эмоциональной проблемой" (Bell, Weinberg, 1978). Асексуалы, как правило, одиночки, но при этом не стремятся к общению и не участвуют в общественной жизни геев. У этой группы геев выявлена наивысшая частота суицидальных мыслей.

Существование гомосексуалов с такими разными стремлениями и наклонностями ничего не "доказывает". Вполне возможно, что и среди гетеросексуалов можно выделить аналогичные типы - одни легче адаптируются в социальном и психологическом плане, а другим это дается труднее. Мы лишь хотим подчеркнуть, что не все гомосексуалы одинаковы; они так же разнообразны, как и гетеросексуалы.

Партнеры и их взаимоотношения

1 октября 1989 г. произошло знаменательное событие: в ратуше Копенгагена впервые состоялась регистрация браков трех пар гомосексуалов.



Не все геи занимаются сексом часто, однако в целом они более активны в сексуальном плане, чем лесбиянки (рис. 16.2). Большая часть имеющихся данных также свидетельствует, что у геев бывает гораздо больше сексуальных партнеров, чем у лесбиянок (табл. 16.3) или гетеросексуалов (как мужчин, так и женщин) (Saghir, Robins, 1973; Bell, Weinberg, 1978; Turner, Miller, Moses, 1989).

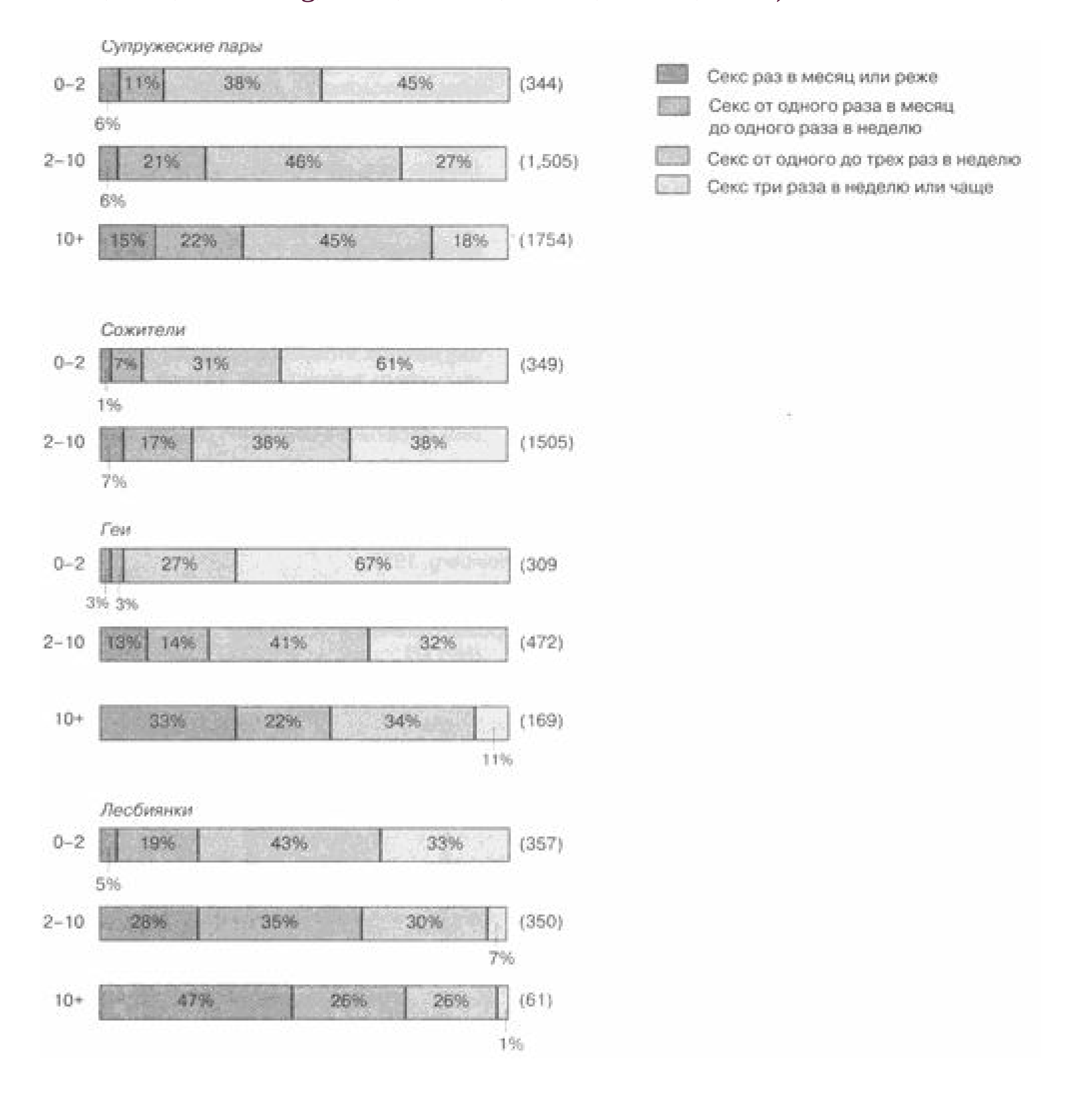


РИС. 16.2

Частота сексуальной активности (Blumstein, Schwartz, 1983)

Примечание: Очень немногие сожители провели вместе более 10 лет. Цифры в скобках - число пар, по которым вычислены проценты

Многих геев устраивает обезличенный секс с незнакомыми людьми, но есть и такие, кто предпочитают вступать в длительные любовные связи. Трипп (Tripp, 1975) высказывает мнение, что продолжительные отношения между гомосексуалами кажутся редкими, потому что они гораздо менее заметны, чем длительные гетеросексуальные или кратковременные гомосексуальные связи. Кроме того, относительную нестабильность гомосексуальных отношений можно частично объяснить тем, что они не одобряются обществом и не санкционируются законом (Bell, Weinberg, 1978). Однако некоторые наблюдатели полагают, что одним из результатов эпидемии СПИДа стала большая приверженность геев к моногамии и образованию тесно спаянных пар.

Таблица 16.3

Сексуальное партнерство у гомосексуалов (Bell, Weinberg, 1975)

	Геи		Лесбиянки	
	белые (N=574)	афроамериканцы (N=111)	белые (N=227)	афроамериканки (N=64)
Число гомосексуальных партнеров за всю жизнь				
1	0%	0%	3%	5%
2	0	0	9	5
3-4	1	2	15	14
5-6	2	4	31	30
10-14	3	5	16	9
15-24	3	6	10	16
25-49	8	6	8	11
50-99	9	18	5	8
100-249	15	15	1	2
250-499	17	11	1	2
500-999	15	14	0	0
1000 и более	28	19	0	0
Доля незнакомых партнеров				
Ни одного	1%	5%	62%	56%

Меньше половины	20	43	32	38
Больше половины	79	51	6	6
Доля одноразовых партнеров				
Ни одного	1%	4%	38%	41%
Меньше половины	29	59	51	55
Больше половины	70	38	12	5

Самые обширные из известных на сегодняшний день исследований по длительным связям между геями проведены Мак-Виртером и Маттисоном (McWhirter, Mattison, 1984); эти авторы изучали 156 пар геев, связи между которыми длились в среднем по 8,9 года. На основании многочисленных интервью и наблюдений за этими парами авторы высказали мнение, что такие отношения, как правило, проходят 6 стадий. Первая стадия обычно наблюдается в течение первого года; для нее характерны высокая сексуальная активность, совпадение личных интересов, сильное влечение, осознание своего партнерства. Вторая стадия наступает на втором и третьем году совместной жизни и бывает посвящена созданию дома и "притирке" друг к другу. Страсть к этому времени несколько остывает и хотя сексуальная активность остается достаточно высокой, она становится несколько ниже, чем на первой стадии. Четвертый и пятый годы представляют третью стадию, на протяжении которой каждый из партнеров старается самоутвердиться. В этот период нередко возникают конфликты, а, кроме того, немало времени и энергии уходит на установление традиций.

Четвертая стадия, как правило, продолжается с 6-го по 10-й год; это время сотрудничества, повышения самооценки каждого из партнеров, установления независимости и развития прочного ощущения взаимной надежности. Для пятой стадии, продолжающейся с 11-го по 20-й год, характерны доверие, объединение денежных средств и другого имущества; партнеры приобретают абсолютную уверенность в незыблемости своих отношений, однако частота сексуальных контактов заметно снижается. Шестая стадия наступает после 20 лет связи; в этот период появляется чувство защищенности, близости, основанной на пережитых вместе горестях и радостях.

Мак-Виртер и Маттисон установили, что если один из партнеров проходит одну из этих стадий быстрее или медленнее, чем другой, то в их взаимоотношениях могут возникать трудности. Аналогичные явления наблюдаются и при длительных гетеросексуальных связях (Bhmstein, Schwartz, 1983; Wolvam, Strieker, 1983).

Колеман (Coleman, 1981/82) полагает, что геям трудно научиться жить вместе ввиду отсутствия ролевых моделей, которым они могли бы следовать, а также потому, что "общество осуждает такие отношения". В продолжение этой темы другой автор (McCandlish, 1981/82) утверждает, что "царящая в обществе гомофобия, а также отсутствие всякой поддержки со стороны семьи оказывают дестабилизирующее влияние на отношения гомосексуалов, в результате даже мелкие осложнения могут привести к разрыву связи".

Можно посмотреть на эту проблему в другом ракурсе, вспомнив типичные для западного общества различия в социализации для мужчин и женщин: мужчин (как гетеросексуалов, так и геев) она ориентирует на сексуальное разнообразие, а женщин (как гетеросексуалок,

так и лесбиянок) - в большей степени на моногамию. В результате многие молодые мужчины хотят иметь много половых партнеров, тогда как большинство женщин стремятся к интимности, которую они скорее могут обрести в отношениях с одним партнером. Когда мужчины-гетеросексуалы вступают в связь с женщинами, последние социализируют их в направлении большей моногамии (Gagnon, Simon, 1973), однако при гомосексуальных связях такая социализация вряд ли возможна. В результате многие геи ведут беспорядочную половую жизнь, потому что у них было мало возможностей приобрести навыки интимного общения.

Как показало изучение взаимоотношений между лесбиянками, та самая интимность, которая, казалось бы, должна послужить идеальным фоном для полового влечения, часто приводит к противоположным результатам. Многие пары лесбиянок "счастливо живут вместе годами, редко или совершенно не вступая в генитальные контакты... [но] продолжают называть себя любовницами" (Nichols, 1988). По мнению Николза, это происходит по трем основным причинам: 1) слишком тесная близость устраняет элемент тайны и непредсказуемости, необходимый для сохранения сексуальной напряженности и влечения; 2) негативное отношение общества ко многим формам секса, практикуемым лесбиянками (таким как садомазохизм); 3) слишком большая зависимость сексуального влечения лишь от одного триггера - лимерентности (Tennov, 1977). Результаты другого исследования (Blumsteinm, Schwartz, 1983) в общем подтверждают выводы Николза. Так, всего лишь одна треть лесбиянок, связь которых продолжалась два года или больше, занимались сексом раз в неделю или чаще, а 47%, связанные в течение 10 лет и более, - один раз в месяц или реже.

Мир геев

Описать мир геев в нескольких абзацах так же трудно, как описать мир гетеросексуалов. В больших городах геи образуют вполне развитую общину с собственными барами, торговыми предприятиями, клиниками и местами для отдыха и развлечений; в сельской местности такие организованные общины отсутствуют, так что сексуальные контакты могут возникать случайно и совершаться поспешно, в общественных туалетах, парках или темных дворах.

В прошлом гомосексуалы в поисках партнеров часто бывали вынуждены отправляться в "голубые" бары, или "курсировать" в определенных кварталах, однако сегодня появляется все больше официальных мест для встреч гомосексуалов, так что им не приходится заниматься унизительными поисками партнеров. Во многих колледжах и университетских кампусах студенты-геи объединяются в группы, чтобы получить поддержку и признание. Ориентированные на гомосексуалов общенациональные и региональные газеты и журналы дают дополнительную информацию о гомосексуальной субкультуре в США, а также публикуют частные объявления, помогающие находить партнеров.

За последнее десятилетие среди гомосексуалов появляется все больше желающих растить детей. Усыновление детей людьми, не скрывающими свою гомосексуальность, стало теперь относительно обычным; геи и лесбиянки все чаще получают право оставлять на своем попечении собственных детей после развода с гетеросексуальным супругом(ой), а лесбиянки нередко становятся биологическими матерями в результате искусственного оплодотворения (Salholz et al., 1990).

Беспокойство относительно возможных трудностей с половой самоидентификацией у детей, живущих в гомосексуальных семьях, оказалось преувеличенным (Harris, Turner, 1986; Bozett, 1988; 1989; Di Lapi, 1989). На самом деле гомосексуальность родителей, по-

видимому, не всегда создает долговременные проблемы для их детей и вообще не играет ключевую роль во взаимоотношениях родителей и детей (Bozett, 1989; Huggins, 1989).

Воздействие эпидемии ВИЧ/СПИД

В США эпидемия ВИЧ/СПИД нанесла геям самый тяжелый удар по сравнению с любой другой группой населения. Первыми этот удар одновременно физический, эмоциональный, социальный и экономический ощутили геи Нью-Йорка и Сан-Франциско, где была зарегистрирована большая часть случаев СПИДа в первые несколько лет эпидемии.

Когда люди начали понимать, что СПИД - это смертельная болезнь, отличающаяся от других болезней, передающихся половым путем (БППП), фатальным исходом и очень длительным инкубационным периодом (в среднем с момента заражения до появления симптомов проходит 8-10 лет), началась всеобщая паника. Геи, не состоявшие в длительных моногамных связях, стали задавать себе вопрос: "А не стал ли я ходячей бомбой замедленного действия?" Это, несомненно, заставило многих из них резко изменить свое половое поведение: например, не вступать в половые отношения с незнакомыми партнерами, а также пользоваться презервативами при всех сексуальных контактах. Однако в сотнях и тысячах случаев это было уже слишком поздно - многие уже были заражены вирусом СПИДа.

Социальное и эмоциональное воздействие этой эпидемии на сообщество геев не ограничилось изменениями в их половой жизни. Иногда партнеры продолжали жить вместе, чтобы один мог ухаживать за другим в его последние дни. В других случаях давние отношения прерывались из-за страха перед СПИДом. Некоторые геи решили совершенно отказаться от половой жизни, по крайней мере до тех пор, пока не будет найдена вакцина против СПИДа.

Одна из первых организаций по борьбе со СПИДом была создана геями Нью-Йорка. Эта группа проводила очень эффективную разъяснительную работу: организовывала информационные горячие линии и правовые консультации, распространяла бюллетени о способах лечения, а кроме того, помогала заболевшим получать направления в медицинские учреждения или курировала лечение на дому. Сходные организации существуют теперь во многих крупных городах, и среди работающих в них людей много добровольцев-гетеросексуалов. Как отмечает один обозреватель (Clark, 1987):

Мы преподали миру образец того, как следует заботиться друг о друге при возникновении кризиса, даже тогда, когда правительство позорно не справляется со своими обязанностями, а ханжи идут в наступление. Мы сумели сохранить свой разум и помним, что ни секс, ни гомосексуальность как таковые нельзя считать злом. Мы оказались способны продемонстрировать, что вовсе необязательно поддаваться эгоистичному страху и убегать от людей, нуждающихся в помощи.

Сторонники активных мер провели демонстрацию на нью-йоркской фондовой бирже, протестуя против дороговизны лекарств, используемых при лечении СПИДа, и требуя, чтобы FDA приняла меры для более быстрого проведения испытаний новых препаратов, которые могут оказаться полезными для борьбы с эпидемией. Члены этой организации прервали службу в соборе Св. Патрика в Нью-Йорке, чтобы привлечь внимание к отказу католической церкви поддержать использование презервативов как одного из способов предупреждения передачи ВИЧ-инфекции. И хотя тактика шокирующих мер создала некоторое напряжение в сообществе геев, большинство членов этого сообщества

приветствуют любые действия, направленные на получение реальных результатов (Newsweek, 12 марта, 1990).

СПИД послужил причиной некоторых прямых и косвенных экономических осложнений для геев. Например, несколько страховых компаний пытались прекратить выдачу страховых полисов холостым мужчинам в регионах высокого риска, требуя доказательств того, что эти мужчины не инфицированы ВИЧ. (В нескольких штатах законность таких требований оспаривается в суде.) Новобранцев и военнослужащих, в крови которых были обнаружены антитела на СПИД, отчисляют из вооруженных сил, независимо от наличия или отсутствия у них признаков болезни. Во многих случаях гомосексуалов, больных СПИДом или зараженных ВИЧ, увольняют с работы, как только их работодатель узнает об этом (несмотря на то, что это незаконно). Кроме того, проходит немало судебных процессов, в которых родители геев, скончавшихся от СПИДа, оспаривают завещания своих сыновей, с тем чтобы любовник-гомосексуал не мог унаследовать состояние умершего. В суды обращаются также многолетние сожители умерших от СПИДа: они пытаются доказать свое право на получение хотя бы части наследства, мотивируя это тем, что затратили крупные суммы на госпитализацию и лечение жертвы СПИДа.

Многих геев беспокоит, что если анализы на ВИЧ-инфекцию станут обязательными, забота об их конфиденциальности отойдет на второй план, и начнется охота на ведьм. Собственно говоря, гомосексуалов уже превратили в козлов отпущения, обвиняя именно их во вспышке этой смертельной инфекционной болезни, хотя известно, что в других регионах земного шара (например, в Центральной Африке) СПИД распространяется в основном гетеросексуалами.

Приведенные выше материалы основаны на данных о воздействии СПИДа на сообщество геев за сравнительно короткое время. Дальнейшее распространение эпидемии и увеличение числа людей, жизнь которых непосредственно окажется затронутой СПИДом, несомненно, повлечет за собой еще более глубокие последствия. И хотя американцы начинают понимать, что СПИД это болезнь, поражающая не только гомосексуалов, последние остаются главными жертвами чумы XX в.

Бисексуальность

В отличие от гомосексуальности, которую широко изучали и о которой много писали в течение последних 15 лет, бисексуальности уделяли мало внимания. Оценить распространенность этого феномена в нашем обществе на сегодняшний день трудно. Кинзи и сотр. (Kinsey et al, 1953) считают, что 9% одиноких 30-летних женщин и 16% таких же мужчин по шкале гетеросексуальности-гомосексуальности располагаются между 2 и 4. Однако эти цифры, вероятно, несколько переоценивают процент активных бисексуалов в американском обществе, который на самом деле (если определять его по данным о частоте сексуальной активности с мужскими и женскими партнерами за прошедший год) ниже 5. Частично это подтверждается недавно опубликованными данными, согласно которым лишь около 2% взрослых женатых американцев сообщили о сексуальных контактах с мужчинами за предшествующий год (Fay et al, 1989).

Отсутствие надежных данных о распространении бисексуальности подтверждается результатами обследования, проведенного недавно психиатрами и сексотерапевтами: примерно по 5% экспертов обеих специальностей оценили частоту бисексуалов ниже 1%, тогда как более 25% психиатров и 36% сексотерапевтов оценили ее как 11% и более (Hill, 1989).

Бывший президент Американского союза психиатров Д. Мармор (Marmor, 1989) отмечает:

Некоторые вообще отрицают существование бисексуальности и полагают, что все бисексуалы - это на самом деле тайные гомосексуалы, скрывающиеся за гетеросексуальными фасадом. Против этого возражают те, кто утверждает, что все люди по природе бисексуалы, но первоначальные альтернативные импульсы подавляются у них либо обществом (у гетеросексуалов), либо определенным ранним опытом (у гомосексуалов).

В конце 1970-х гг. в некоторых кругах бисексуальность вошла в моду: ее считали признаком сексуальной изысканности и широты взглядов. Но к середине 1980-х гг. бисексуальность определенно стала менее модной вследствие ее явной связи со СПИДом. Фактически многие мужчины, которые прежде время от времени "баловались" гомосексуальными контактами (продолжая вести преимущественно гетеросексуальный образ жизни), опасаясь заражения вирусом СПИДа, прекратили свою бисексуальную активность. Однако на бисексуальность женщин это не оказало влияния, подтверждая мнение, что гомосексуальные контакты женщин, по-видимому, не следует считать серьезным способом распространения СПИДа, хотя теоретически они могут участвовать в передаче ВИЧ-инфекции. Гейджон (Gagnon, 1977) выделяет пять разных категорий бисексуалов: 1) молодежь, экспериментирующая с целью выявить свои сексуальные предпочтения; 2) люди, находящиеся на пути от гомосексуальной к гетеросексуальной ориентации, или наоборот; 3) проститутки (любого пола), участвующие в половых актах с представителями своего пола за деньги; 4) люди, реагирующие на сексуальную стимуляцию независимо от ее источника; 5) люди, явно склонные к половой активности с представителями как своего, так и противоположного пола. Существуют еще и дополнительные категории, которые будут описаны в дальнейшем.

Люди приходят к бисексуальности разными путями. Для многих это своего рода экспериментирование, которое добавляет остроты в их половую жизнь, но не становится ее главной формой. Для других это свободный выбор активности, наиболее привлекательной в данный момент. Некоторые мужчины и женщины варьируют выбор половых партнеров в зависимости от обстоятельств. Однако, независимо от всего этого, бисексуалы в большинстве случаев отдают явное предпочтение одному полу.

Как отмечает Мани (Money, 1989), некоторые бисексуалы неодинаково реагируют на партнеров разного пола, и для того чтобы партнер менее привлекательного для данного бисексуала пола мог вызвать у него физическое возбуждение, необходимы особые условия. Например, мужчина с преимущественно гетеросексуальной ориентацией мог участвовать в бисексуальных актах только при участии еще двух партнеров - другого мужчины и женщины. В другом случае женщина преимущественно гомосексуальной ориентации могла заниматься сексом с мужчиной, предварительно приняв большую дозу кокаина.

Мастерс и Джонсон (1979) описали подгруппу бисексуалов, названную ими амбисексуалами: это мужчины или женщины, совершенно безразличные к полу своих партнеров, никогда не вступающие в прочные связи и имеющие частые половые контакты и с мужчинами, и с женщинами. Личность или физическая привлекательность потенциального партнера мало влияет на их выбор.

Известны случаи, когда бисексуалы поддерживали многолетнюю гетеросексуальную связь, а за-тем вступали в длительную связь с гомосексуалом (или наоборот). После такого опыта у человека могут возникнуть новые взгляды на традиционные

представления, ограничивающие выбор сексуальных партнеров (Blumstein, Schwartz, 1976). В других случаях позднее проявление гомосексуальности у бисексуала может быть обусловлено выздоровлением после длительной болезни (например, алкоголизма), которая замаскировала или заблокировала гомосексуальный потенциал (Money, 1988).

Возможны также одновременные гетеросексуальные и гомосексуальные отношения, описанные 23-летней студенткой:

У меня был парень, наши встречи продолжались целый год. Потом вдруг я оказалась в таких же отношениях с соседкой по комнате; она очень умело показала мне, как две женщины могут заниматься любовью. Я действительно получала удовольствие от обеих форм секса. Все это продолжалось до тех пор, пока я не кончила учиться и не переехала в другой город. (Из картотеки авторов)

При изучении женской бисексуальности оказалось, что некоторые женщины, называющие себя бисексуалами, имеют разные эмоциональные потребности, одни из которых могут лучше (или исключительно) удовлетворять мужчины, а другие - женщины (Blumenstein, Schwartz, 1976). Мы иногда слышали такие же объяснения от бисексуалов-мужчин, но последние гораздо чаще объясняли стиль своей сексуальной жизни потребностью в разнообразии. Некоторые бисексуалы, вступая в половые отношения и с мужчинами, и с женщинами, стремятся доказать таким образом равенство полов.

Создается впечатление, что возникновению бисексуальности могут способствовать некоторые обстоятельства (Blumstein, Schwartz, 1977). Желание проэкспериментировать может привести к сексуальной связи между близкими подругами, двумя друзьями-мужчинами и даже между геем и женщиной, которых связывают не очень тесные, но дружеские отношения. Еще один путь к бисексуальному экспериментированию лежит через групповой секс; пока мужчины начинают какую-нибудь групповую активность, женщинам часто больше нравится заняться сексом между собой. Наконец, некоторые люди создали для себя некую философию бисексуальности как одну из ветвей их личной системы взглядов. Например, некоторые активистки женского движения пришли к выводу, что они становятся ближе к другим женщинам благодаря общей работе и эта близость находит сексуальное выражение. Однако все это на поверку может оказаться тонкой формой принуждения.

Я была ревностной феминисткой, но при этом была такой "правильной", как это только возможно. Постоянно работая в женской среде, я начала ощущать все большее давление, требующее "попробовать" секс с другой женщиной; подразумевалось, что отказ означал бы, что я на самом деле не принадлежу к их клану и порабощена мужчинами. Наконец я уступила их давлению, и это было ужасно. Вся эта история так сильно потрясла меня, что вскоре я стала отходить от женского движения. (Из картотеки авторов)

Примечательно, что при некоторых обстоятельствах участвующие в бисексуальном поведении люди обычно не называют его бисексуальным. При длительной сексуальной сегрегации гетеросексуалы нередко временно переходят на сексуальную активность с представителями своего пола. Это наблюдается среди заключенных, как мужчин, так и женщин (Kirkham, 1971; Giallombardo, 1974; Money, Bohmer, 1980) и среди военнослужащих. Кроме того, многие мужчины, совершающие мимолетные половые акты в общественных туалетах, обычно состоят в гетеросексуальном браке и не считают себя бисексуалами (Humphreys, 1970). Молодые мужчины, занимающиеся проституцией и обслуживающие гомосексуальную клиентуру, в общем считают это не имеющим к ним

отношения, обезличенным действием, совершающимся "ради денег"; таким образом, их самовосприятие остается строго гетеросексуальным (A.J. Reiss, 1967; Allen, 1980).

Очень мало внимания уделяется бисексуальным контактам в популяциях национальных меньшинств. В своей недавней публикации Де ла Вега (de la Vega, 1990) отмечает: "У ряда латиноамериканских народов многие мужчины, называющие себя гетеросексуалами, тайно участвуют в бисексуальных актах. По его данным, бисексуальность у некоторых латиноамериканцев проявляется только под действием алкоголя или наркотиков; в других же условиях существующие полоролевые стандарты вынуждают их внешне вести себя как гетеросексуалы, сохраняя в тайне свои гомо-бисексуальные контакты. Кроме того, подспудное желание мужчин выглядеть "суперсамцами" (мачо) побуждает их к сексуальному доминированию над более женственными людьми (женственными женщинами ил и женственными мужчинами), провоцируя таким образом бисексуальное поведение.

Де ла Вега описывает четыре формы бисексуального поведения среди латиноамериканцев.

1. Тайные, осознающие свою сексуальную ориентацию, гомосексуалы. Они часто женятся под давлением семьи или общины, однако, как правило, предпочитают секс с другими мужчинами, если имеют возможность скрыть это.

2. Тайные латентные гомосексуалы. Считают себя гетеросексуалами, но постоянно испытывают эротическое влечение к мужчинам, что унижает и раздражает их. Такие мужчины участвуют в бисексуальных актах только в состоянии опьянения, что служит для них оправданием этого "странного" поведения. В своих публичных высказываниях они нередко проявляют гомофобию, используя свое презрение к гомосексуальности как некую форму психологической защиты.

3. Сверхмужественные "мачо". Иногда имеют половые контакты с гомосексуалами, поскольку воспринимают их не как настоящих мужчин, а как "псевдо-женщин".

4. Вынужденное бисексуальное поведение. Одни занимаются бисексуальной проституцией, чтобы поддержать семью, а другие чтобы иметь деньги на покупку наркотиков.

Среди представителей других меньшинств почти несомненно существуют сходные формы бисексуальной активности, однако до сих пор их подробно не изучали.

В нашем обществе отношение к бисексуалам в целом негативное (Coleman, 1987). Они сталкиваются с рядом проблем, но при этом лишены организованной поддержки, наподобие той, которую имеют гомосексуалы. Кроме того, в отношении бисексуалов существует масса предубеждений. Например, одни люди считают, что бисексуалы неспособны к настоящей любви; по мнению других, они сверхсексуальны или страдают тяжелыми неврозами; наконец, третьи полагают, что в супружеской жизни у бисексуалов больше осложнений, чем у гетеросексуалов (Coleman, 1982, 1985). И гомо-, и гетеросексуалы относятся к бисексуалам с презрением.

Для них угроза бисексуальности, по-видимому, сходна с той, которую представляет "гомофобия" для гетеросексуалов. Существование "противоположной" сексуальной ориентации может казаться угрозой для человека с хрупкой и неустойчивой половой самоидентификацией. Аналогичным образом "бифобия" характерна для людей со слабой и шаткой сексуальной ориентацией, которых легко запугать (Coleman, 1987).

Наконец, как говорилось выше, в наши дни отрицательное отношение к бисексуальности значительно усилилось в связи с эпидемией СПИДа.

Несмотря на все эти проблемы, мы не можем утверждать, что в психологическом плане бисексуалы чувствуют себя хуже, чем гетеросексуалы или гомосексуалы. Например, при сравнительном психологическом обследовании женщин би-, гетеро- и гомосексуалок значимых различий между ними обнаружено не было (La Torre, Wendenberg, 1983). Аналогичное изучение мужчин привело к такому же выводу (Klein, 1978).

В настоящее время природа бисексуальности продолжает оставаться загадкой. Нет никаких достоверных данных о "причинах" бисексуальности, а разнообразие биографий бисексуалов совершенно нарушает многочисленные теории о происхождении этой сексуальной ориентации. Вполне возможно, что с накоплением знаний об этом феномене мы сможем лучше разобраться в сексуальной природе человека.

Как развиваются сексуальные предпочтения

Попытаться понять, каким образом люди становятся гетеро- или гомосексуалами - задача не из легких. Белл, Вайнберг и Хаммерсмит в своем двухтомном труде "Сексуальное предпочтение: его развитие у мужчин и женщин" (Bell, Weinber, Hammersmith, 1981) подошли к этой проблеме на новом, более совершенном методологическом уровне. Изучавшаяся ими выборка состояла из 686 гомосексуалов-мужчин, 293 гомосексуалов-женщин, 337 гетеросексуалов-мужчин и 140 гетеросексуалов-женщин; со всеми испытуемыми были проведены интервью, продолжавшиеся по 3-5 ч.

Используя эту, возможно самую обширную из существующих базу данных, Белл и его коллеги попытались проверить различные теории происхождения гомосексуальности.

С помощью сложного статистического метода, называемого путевым анализом, они пытались выявить соответствие полученных результатов той или иной теоретической модели. Проведенные исследования позволили сформулировать следующие выводы.

1. Вероятность того, что причиной гомосексуальности у мужчин могут быть неправильные отношения в семье (властная мать или слабохарактерный отец), очень мала.

2. Теория о том, что женская гомосексуальность возникает в результате выбора девочкой в качестве ролевой модели своего отца, не находит подтверждения.

3. Стереотипное представление, что причиной гомосексуальности часто бывает развращение взрослыми того же пола, неверно.

4. Сексуальное предпочтение прочно устанавливается в подростковом возрасте; у взрослых людей существенные изменения сексуальной ориентации происходят редко.

5. В детском и подростковом возрасте гомосексуалы участвуют в гетеросексуальных контактах не реже, чем их гетеросексуальные однолетки, однако они получают при этом меньшее удовлетворение или не испытывают его вовсе.

6. Несоответствие игрового поведения полу ребенка (например, любовь к игре в куклы у мальчиков) - важный (хотя и не абсолютный) признак развития у них в дальнейшем гомосексуальности.

Самое интересное заключение авторов этого исследования состояло в том, что поскольку они не сумели доказать ни одну из проверявшихся ими психологических теорий происхождения гомосексуальности, этот феномен, вероятно, обусловлен биологическими факторами. По мнению Белла, Вайнберга и Хаммерсмита, таким фактором может быть аномальный гормональный статус плода в период внутриутробного развития. Однако, поскольку авторы не проводили ни эндокринологических, ни генетических исследований своих субъектов и не пытались собрать информацию о том, как протекала беременность у их матерей, следует признать, что данное заключение носит чисто умозрительный характер. Тезис о биологической природе гомосексуальности требует детальной проверки.

Страдаете ли Вы гомофобией

Если вы хотите узнать, не страдаете ли вы гомофобией, воспользуйтесь приведенной здесь анкетой. Это не тест, так что ваши ответы не могут быть верными или неверными. Выразить свое отношение по каждой позиции, пользуясь следующими оценками: 1 - целиком согласен (на); 2 - согласен; 3 - ни да, ни нет; 4 - несогласен; 5 - категорически несогласен.

1. Я чувствовал бы себя вполне комфортно, работая в тесном контакте с мужчиной-гомосексуалом____

2. Мне хотелось бы участвовать в каких-нибудь мероприятиях вместе с гомосексуалами ___

3. Мне было бы неприятно узнать, что мой сосед гомосексуал ___

4. Если бы человек одного со мной пола стал заигрывать со мной, я бы разозлился ___

5. Мне было бы приятно узнать, что представители моего пола находят меня привлекательным ___

6. Я почувствовал бы себя неловко, если бы меня увидели в баре, где собираются геи ___

7. Мне бы было приятно, если бы человек одного со мной пола стал ухаживать за мной ___

8. Мне было бы приятно узнать, что я нравлюсь человеку одного со мной пола ___

9. Я был бы расстроен, если бы мой ребенок оказался гомосексуалом ___

10. Я бы нервничал, оказавшись в обществе гомосексуалов ___

11. Я не стал бы огорчаться, узнав, что мой священник гомосексуал ___

12. Я бы расстроился, узнав, что мой брат или сестра гомосексуалы ___

13. Я бы почувствовал себя несостоявшимся как отец (или мать), если бы узнал, что мой сын гей___

14. Мне было бы неприятно увидеть в общественном месте двух мужчин, держащихся за руки ___

15. Я был бы оскорблен, если бы человек одного со мной пола стал ухаживать за мной ___

16. Я бы не стал волноваться, узнав, что преподаватель моей дочери гомосексуал ___

17. Мне было бы неприятно узнать, что мой супруг(а) или партнер(ша) привлекали внимание представителей его (или ее) пола ___

18. Я не испытывал бы неловкости, разговаривая на вечеринке с гомосексуалом ___

19. Я почувствовал бы себя неловко, узнав, что мой босс гомосексуал ___

20. Меня бы ничуть не беспокоило, если бы пришлось пройтись по кварталу, где собираются преимущественно геи ___

21. Мне было бы неприятно, если бы мой врач оказался гомосексуалом ___

22. Я бы чувствовал себя нормально, если бы мой друг оказался гомосексуалом ___

23. Если бы человек одного со мной пола стал ухаживать за мной, я был бы польщен ___

24. Я бы разволновался, узнав, что учитель моего сына гомосексуал ___

25. Я чувствовал бы себя вполне нормально, работая в тесном контакте с женщиной-гомосексуалом ___

Сложите свои оценки по всем 25 пунктам. Если сумма составит 75 или менее, то вы не гомофоб; если она равна 88 - 99, то вы умеренный гомофоб; если же она достигла 100 или выше, то вы страдаете сильной гомофобией.

По Hudson, Rocketts (1980).

Геи, имеющие детей



За последнее десятилетие участились случаи усыновления детей геями.

Геи, у которых есть дети, не отличаются по своим чисто мужским качествам от геев, не имеющих детей.

Большинство геев, у которых есть дети, недовольны своим браком.

Геям труднее признаваться своим детям в гомосексуальности, чем лесбиянкам.

Большинство детей, которым их отцы признались в своей гомосексуальности, проявили терпимость и понимание.

Гомосексуальность отца не создает для их детей серьезных проблем, хотя возможно возникновение временных трудностей со сверстниками, когда сексуальная ориентация отца подростка стала общеизвестной.

Большинство геев, имеющих детей, поддерживают с ними хорошие отношения, хотя относительно немногие становятся для своих детей опорой в жизни.

Право на неприкосновенность личной жизни и сообщество геев

В 1980-е гг. сообщество геев придавало первостепенное значение защите права на неприкосновенность личной жизни. Это было особенно актуально, поскольку именно в это время стали широко внедряться проверки на зараженность вирусом СПИДа (например, проверка всех людей, поступающих в больницы или подающих заявление на вступление в брак). Кроме того, угроза обнародовать сексуальную ориентацию гея могла быть использована для шантажа. В настоящее время, однако, среди геев стала популярной обратная тактика: публичное разоблачение знаменитых личностей, которых обвиняют в скрытой гомосексуальности (Johnson, 1990).

Если раньше и сами геи, и журналисты сходились в том, что гомосексуалы, желающие оставить в тайне свою сексуальную ориентацию, имеют на это полное право (Shilts, 1990), то теперь в печати то и дело появляются разоблачительные статьи.

Вся страна с удивлением узнает, что, например, любимый всеми актер или известный политик имеют нетрадиционную сексуальную ориентацию.

Сторонники такой тактики среди геев утверждают, что это создает позитивную ролевую модель для других го-мосексуалов и избавляет их от позорного клейма (Johnson, 1990). Журналисты полагают, что такие разоблачения помогут разбудить страну и показать, сколь серьезна угроза СПИДа, если "лесбиянок и геев можно найти среди самых уважаемых людей во всех группах американского общества" (Shilts, 1990).

Противники разоблачения геев не только оплакивают разрушение принципа неприкосновенности личной жизни, их тревожит то, что такая политика создает широкие возможности для злоупотреблений. Что, например, может помешать группе людей начать угрожать некому политику разоблачением его предполагаемых гомосексуальных наклонностей, чтобы заставить его голосовать определенным образом по какому-то важному вопросу? А как быть с человеком, который, не будучи гомосексуалом, совершил, возможно в пьяном виде, один единственный акт с представителем своего пола - не окажется ли такое разоблачение искажением истины?

Среди множества точек зрения на эту проблему есть и такая: сексуальная ориентация и сексуальная активность должны быть защищены конституцией, но в случаях политической целесообразности обнародование гомосексуального статуса допустимо и оправдано с этической точки зрения. Комментируя ее, один ученый-гомосексуал сказал: "Используя политику разоблачения как оружие, следует соблюдать осторожность, чтобы это оружие не повернулось против тех, кто из него стреляет и в чьих интересах ведется эта стрельба".

Бисексуалы и гомосексуалы в гетеросексуальных браках

Многие гомосексуалы и бисексуалы вступают в обычные гетеросексуальные браки. По имеющимся сведениям примерно одна пятая часть геев и треть лесбиянок вступает в брак по крайней мере один раз (Bell, Weinberg, 1978; Masters, Johnson, 1979), а число состоящих в браке бисексуалов, возможно, исчисляется миллионами (Gochros, 1989; Hill, 1989).

Нетрудно представить себе, чем может прельстить брак бисексуала, но многим людям совершенно непонятны причины, побуждающие геев и лесбиянок вступать в гетеросексуальные браки. Существует несколько объяснений, кажущихся почти универсальными. Во-первых, наше общество толкает людей к браку как естественному состоянию взрослого человека. Родители оказывают сильное давление на своих детей, призывая их "вступить в брак и остепениться". Люди с гомосексуальными предпочтениями оказываются не в состоянии сопротивляться этому давлению. Кроме того, лица, не состоящие в браке, могут столкнуться с трудностями в карьере, поскольку семейных людей часто считают более надежными и ответственными, чем их холостых сверстников. Во-вторых, большинству гомо- и бисексуалов, вступающих в брак, не нравится образ жизни гомосексуалов (Coleman, 1981/82). Не желая, чтобы их называли "голубыми" или "педиками" и обвиняли в том, что они сами считают отвратительным и грешным, гомо- и бисексуалы прибегают к браку как к "доказательству" собственной добропорядочности.

Большинство геев и лесбиянок, вступающих в брак, искренне любят своих мужей и жен и многие из них хотят иметь детей (Coleman, 1981/82; Bozett, 1989; Gochros, 1989). Кроме того, важно представить себе, что некоторые из них до женитьбы, не подозревают о своей бисексуальной или гомосексуальной ориентации и начинают осознавать ее лишь позднее. "Большинству из нас внушали, что если кто-то испытывает и гетеросексуальные, и гомосексуальные чувства, причем гетеросексуальные чувства перерастают в любовь, значит, гомосексуальность это всего лишь одна из фаз... В худшем случае, говорят нам, мы несколько запаздываем в своем развитии или немножко сбиты с толку, однако хороший гетеросексуальный брак справится со всем этим" (Clark, 1987)

.

Относительно немногие из тех, кто еще до свадьбы осознал свою гомосексуальную ориентацию, решаются посвятить в это будущую супругу(га) (Gochros; 1989; Hays, Samuels, 1989). Некоторым бракам, по-видимому, это не вредит, однако в большинстве семей нарушается взаимное доверие и возникает напряженность в сексуальном плане. Недавно Хейз и Сэмьюэлз (Hays, Samuels, 1989) изучали выборку гетеросексуальных женщин, состоящих или состоявших в браке с геями и имеющих от них детей. Все эти женщины, узнав о сексуальной ориентации своих мужей, испытали болезненную реакцию, сопровождающуюся чувствами гнева, стыда, страха, вины и физическим стрессом. Они чувствовали себя обманутыми. Большинство из них говорили, что не вышли бы замуж, если бы знали до свадьбы, как обстоит дело.

Гочроз (Gochros, 1989) в своей книге "Когда мужья выходят из подполья" отмечает, что женщины, выходящие замуж за би- или гомосексуалов, в общем ничем не отличаются от других женщин, и признает, что многие браки распадаются в тот момент, когда правда "выходит наружу". Тем не менее Гочроз считает, что некоторые женщины как-то примиряются с гомосексуальными потребностями своих мужей, проявляя понимания и

гибкость. Заметим, однако, что данное исследование проводилось до того, как эпидемия СПИДа достигла таких угрожающих масштабов. Сегодня женщины, подвергающиеся риску ВИЧ-инфекции по милости мужей, скрывавших от них свою гомосексуальную активность, проявляют гораздо меньше снисходительности и понимания (Kaplan, 1987; Masters, Johnson, Kolodny, 1988).

Кларк (Clark, 1987) высказывает два полезных замечания для супружеских пар, оказавшихся в такой ситуации. Во-первых, он считает, что сохранять брак ради детей ни к чему: "Если это единственная причина, удерживающая супругов от развода, то... обстановка в семье достаточно напряжена, чтобы детям жить стало хуже, чем при разводе или разъезде" Во-вторых, как показал наш опыт, приобретенный в ходе консультирования десятков и сотен супружеских пар, в которых муж был геем или бисексуалом, все обещания соблюдать сексуальную моногамию обычно не выполняются. Как пишет Кларк, "очень трудно быть геем и оставаться моногамным при гетеросексуальном браке". Таким образом, если супружеская пара, один из членов которой гей или бисексуал, хочет сохранить свой брак, ей необходимо выработать определенные правила в отношении секса, что часто оказывается нелегким делом. Тем не менее действительно преданные друг другу любящие супруги безусловно смогут преодолеть эти препятствия, если каждый из них готов к компромиссу, т.е. к тому, что в конечном счете и необходимо для семейного счастья.

Выводы

1. В настоящее время гомосексуалы составляют в американском обществе меньшинство, к которому относятся с явным предубеждением. Гомофобия - чувство враждебности и страха к гомосексуалам - широко распространена, и на фоне существующих предубеждений ее трудно ослабить.

2. Известно немало теорий о "причинах" гомосексуальности. Некоторые считают, что она имеет биологическое происхождение и обусловлена генетическими факторами, пренатальными воздействиями гормонов или гормональным дисбалансом. Другие придают большое значение нарушениям развития в детском возрасте (идея Фрейда о возникновении гомосексуальности в результате фиксации на одной из ранних стадий психосексуального развития или теория Бибера о мужской гомосексуальности, возникающей из-за слабохарактерного отца и чересчур властной матери). Согласно теории научения, сексуальная ориентация частично зависит от раннего сексуального опыта. По теории Стормза, сочетающей в себе биологическое и психосоциальное объяснение, гомосексуальность связана с ранним созреванием. Ни одна из этих теорий не имеет прочной основы, возможно, потому, что существуют различные типы гомосексуальности, возникающие разными путями.

3. Гомосексуальность нельзя считать болезнью или одной из форм психологической дисадаптации. Многие ранние исследования, где делались попытки доказать, что гомосексуалы - это "больные", были плохо спланированы; последующие работы показали, что гомосексуалы так же хорошо адаптированы, как и соответствующие группы гетеросексуалов. Признав это, американская психиатрическая ассоциация больше не считает гомосексуальность патологией.

4. Сексуальная техника, используемая геями и лесбиянками, в общем сходна с применяемой гетеросексуалами, однако гомосексуалы склонны уделять больше внимания реакциям своих партнеров и не так стремятся поскорее достигнуть цели, как большинство гетеросексуальных супружеских пар.

5. Геи, как правило, осознают свою гомосексуальность в более раннем возрасте, чем лесбиянки. Принять решение о том, следует ли "открыться" и когда это сделать, многим гомосексуалам очень трудно, независимо от их возраста.

6. Гомосексуалов не всегда можно узнать по их внешнему виду, манерам или профессии. Они значительно отличаются друг от друга по образу жизни, но большинство геев сексуально более активны (т.е. занимаются сексом чаще), чем лесбиянки, и число половых партнеров у них больше, чем у лесбиянок или гетеросексуалов. Однако у многих геев и лесбиянок складываются длительные прочные отношения с партнерами своего пола.

7. Мир гомосексуалов очень хорошо организован. На сегодня, помимо своих баров и бассейнов, у геев есть также собственные церкви, газеты, а в больших городах - крупномасштабный бизнес и социальные объединения. Но есть в жизни гомосексуалов и неприятные аспекты: это и обезличенный поспешный секс, страх оказаться пойманными полицией, высокий риск получить БППП, алкоголизм, чувство вины или боязнь разоблачения. Все возрастающий страх заражения СПИДом привел к большим изменениям полового поведения в сообществе геев.

8. Бисексуальность может быть одной из форм сексуального экспериментирования или сознательно избранным сексуальным поведением. Эта форма секса изучена мало, складывается впечатление, что она вполне устраивает некоторых людей, тогда как другим она представляется неприемлемой и отвратительной.

Вопросы для размышления

1. Среди известных политиков есть тайные гомосексуалы, которые постоянно голосуют против законов, благоприятных для геев и лесбиянок. Некоторые гомосексуалы считают, что таких людей следует разоблачать. Что вы думаете об этом? Должны ли геи, которым известно, что политик, кажущийся гомофобом, на самом деле гомосексуал, уважать его право на неприкосновенность частной жизни или же им следует выступать против могущественных, но лицемерных членов своего сообщества и решать за них проблему "выхода из подполья"?

2. Фрейд считает, что гомофобия в нашем обществе в большинстве случаев отражает страх людей перед латентной гомосексуальностью. Можно ли объяснить таким образом гомофобию американцев или существуют какие-то другие причины?

3. В какой степени гомосексуальность одного из родителей должна влиять на решение вопроса об опеке над ребенком?

4. Термин "гомосексуал" возник раньше, чем термин "гетеросексуал". Почему вы считаете, что это было именно так? Какой урок можно извлечь из этого.

5. Можно ли считать гомосексуалом человека, признающего свою гомосексуальность, но никогда не участвующего в гомосексуальной активности? Есть ли различие между гомосексуальной идентичностью и гомосексуальным поведением мужчины или женщины?

6. Одна газета напечатала под громким заголовком материал о 12-летнем мальчике, который был похищен и изнасилован; в статье употребляется термин "гомосексуальное изнасилование". Оказалось, однако, что насильник женатый мужчина, известный в округе как ярый гомофоб. Было ли это гомосексуальным насилием?

Глава 17.

Различные виды сексуального поведения

Сексуальное поведение, подобно любому другому поведению людей, отличается разнообразием и сложностью, что затрудняет его определение и классификацию. В этой главе мы переходим от рассмотрения наиболее обычных типов сексуального поведения, описанных в трех предшествующих главах, к менее обычным его формам. Мы надеемся, что приобретенные знания сделают вас более терпимыми к другим людям, в том числе к тем, чье поведение отличается от общепринятого и кто, возможно, страдает из-за своей непохожести на других людей.

Определение нормального сексуального поведения

Все согласятся с тем, что человек, достигающий сексуального возбуждения только в том случае, если он сидит верхом на верблюде, ненормален, а супружеская пара, занимающаяся сексом, уединившись ночью в своей спальне, абсолютно нормальна. Большинство людей полагают, что они легко могут провести грань между нормальным и аномальным сексуальным поведением. Тем не менее дать определение нормального и аномального в сексуальном плане - одна из самых сложных проблем современной сексологии. Попробуем понять, в чем ее трудность.

В большинстве словарей при определении понятия "нормальный" главный упор делается на соответствие обычному или типичному. Однако представление о необычном варьирует в разных культурах, да и в культуре одного народа изменяется с течением времени. И это еще не все. В социологическом аспекте отклонением считается поведение, выходящее за рамки принятых в данном обществе обычаев и правил. С биологической точки зрения аномальное означает неестественное и нездоровое. А психологи, определяя аномальность, делают упор на возникающее при этом личное субъективное ощущение беспокойства - чрезмерную нервозность, подавленность или чувство вины - или же нарушение способности человека к адекватным действиям в своем обычном социальном или профессиональном качестве. Статистически вопрос о нормальности решается на уровне чисел: то, что встречается редко, считается аномальным, то, что обычно - нормальным.

Из всего сказанного можно сделать два вывода: во-первых, дать определение нормы не так просто, как это кажется; во-вторых, граница между нормой и аномалией весьма условна, а во многих случаях ее просто не существует. Человек, мастурбирующий дважды в неделю, скорее всего нормален, тогда как тот, кто непременно мастурбирует десять раз в сутки, нездоров, но где черта, определяющая норму от патологии? Один раз в день? Трижды в день? Шесть раз в день? Следует ли считать такое поведение аномальным только в том случае, если оно настоятельно необходимо? Или только в том случае, если оно упорно продолжается из года в год?

Мы предлагаем вам при чтении данной главы внимательно следить за своими собственными ощущениями. Меняется ли по мере ознакомления с материалом ваше отношение к различным формам сексуального поведения?

Навешивание ярлыков

Использование таких слов, как больной, патологический или преступный для характеристики отдельных людей или их поведения называют навешиванием ярлыков. Ярлыки оказывают влияние на наше восприятие других людей и на то, как они в свою очередь воспринимают нас; ярлыки могут также повлиять на наше отношение к самим себе. Например, ярлык "человека не такого, как все", может заставить других людей держаться от него подальше или даже совсем не общаться с ним; напротив, ярлыки, указывающие на схожесть или одинаковость с большинством людей способствуют благорасположению.

Стигматизацией называют негативные эффекты - социальные, правовые или экономические, - к которым может привести навешивание на человека ярлыка, дискредитирующего его в тех или иных отношениях. Например, людей, когда-то осужденных за подделку документов, а теперь полностью исправившихся, может задержать полиция в качестве подозреваемых, если в их окружении кто-то подделывает чеки. Ветерану, уволенному из армии с нелестной характеристикой, окажется трудно найти работу. Особенно сильное воздействие стигматизация может произвести, если она связана с сексом: как вы отнесетесь к человеку, если вам скажут, что он изнасиловал ребенка? Или даже если его только подозревают в этом?

В прошлом некоторые формы сексуального поведения, рассматриваемые в этой главе, называли половыми отклонениями или извращениями. Человек с таким клеймом, зачастую полученным незаслуженно, но все равно приводящим к стигматизации, подвергается остракизму со стороны общества (Tallent, 1977). Чтобы по возможности избежать всех этих проблем при описании того, что прежде называли сексуальными отклонениями, мы предпочитаем пользоваться относительно нейтральным термином парафилия (от греч. "пара" - рядом и "филия" - любовь). В настоящее время такая практика представляется нам вполне приемлемой, хотя возможно, что в будущем этот термин также превратится в "клеймо" и его придется заменять новым словом.

Парафилии

Парафилией называют состояние, при котором человек достигает полового возбуждения и удовлетворения в результате фантазий на тему какого-то необычного сексуального опыта, на котором оказывается сосредоточенным все его половое поведение. Парафилия может быть связана с определенным сексуальным объектом (например, дети, животные, нижнее белье) или конкретным действием (например, причинение боли, непристойные телефонные звонки). Характер парафилии у конкретного человека обычно специфичен и неизменен; парафилии гораздо чаще встречаются у мужчин, чем у женщин (Money, 1988). У некоторых людей, однако, парафилии возникают только эпизодически, например в период стресса (American Psychiatric Association, 1987).

Парафилия отличается от спорадического сексуального экспериментирования точно так же, как наркотическая зависимость отличается от эпизодического приема наркотиков для развлечения. При настоящей парафилии человек настолько поглощен мыслями о том, как достигнуть сексуального удовлетворения, что это серьезно препятствует выполнению им своих основных обязанностей.

Кроме того, сексуальная активность, выходящая за пределы его парафилии, обычно перестает возбуждать его, если он не подкрепляет ее своими па-рафилическими фантазиями.

Большинству людей парафилии кажутся настолько странными, что им трудно представить себе, как такие действия или предметы могут вызвать возбуждение, и тем не менее мы утверждаем, что в "сильно разбавленном" виде парафилии распространены довольно широко. Например, некоторых людей приводит в возбуждение очень откровенный сексуальный язык, другие хотят, чтобы их во время полового акта били, царапали или шлепали, а третьи очень возбуждаются, наблюдая за тем, как раздевается партнер. Каждое из этих безобидных действий, достигнув точки психологической зависимости, может перейти в настоящую парафилию.

Основные признаки парафилии

• Стойкие, многократно повторяющиеся сексуальные фантазии связаны с: 1) различными неодушевленными предметами; 2) страданием или унижением самого человека или его партнера(ши); 3) детьми, взрослыми людьми, не подозревающими о том, что они являются объектами парафильного влечения, а также животными.

Сопутствующие признаки

• Люди с парафилиями, как правило, выбирают для себя такую профессию или хобби, которые позволяют им постоянно соприкасаться с излюбленными эротическими стимулами (например, продают дамскую обувь или нижнее белье при фетишизме или работают с детьми при педофилии).

• Попытки сексуальной активности в отсутствие парафилических объектов обычно приводят к таким половым дисфункциям, как нарушение эрекции или эякуляции.

• Возможны и другие сопутствующие проблемы, в том числе алкоголизм, наркотическая зависимость, гетеросексуальные дисадаптации, личностные нарушения (в частности, эмоциональная незрелость).

Критерий для оценки тяжести парафилии

• Легкая. Человек заметно подавлен повторяющимися эпизодами парафильного влечения, но никогда не поддается им и не переходит к действиям.

• Умеренная. Человек иногда действует под влиянием парафильного влечения.

• Тяжелая. Человек многократно действует, подчиняясь парафильному влечению.

Источник: American Psychiatric Association, 1987.

Фетишизм

При фетишизме половое возбуждение возникает главным образом как реакция на какой-то неодушевленный предмет или же на часть тела, не имеющую прямого отношения к сексу. Фетиши почти всегда используются при мастурбации, а также при сексуальной активности с партнером, способствуя возбуждению. Фетишисты обычно собирают такие предметы и затрачивают иногда немало усилий (могут даже пойти на воровство), чтобы добыть "ту самую" вещь. Для одного встреченного нами человека таким фетишем были дамские туфли на высоких каблуках; свою коллекцию, состоящую из более тысячи пар таких туфель, он прятал от жены на чердаке.

В длинном перечне предметов, служащих фетишами, больше всего предметов женской одежды - трусиков, бюстгалтеров, чулок или колготок, пеньюаров, туфель, ботинок и перчаток. В качестве фетиша могут выступать некоторые материалы - кожа, резина, шелк, мех или части тела - волосы, ноги или ягодицы. Некоторые фетишисты возбуждаются при виде рисунков или фотографий предметов фетиша, однако большинство предпочитают сам предмет, который к тому же был в употреблении. Этот предмет фетишист предпочитает его владельцу, потому что он "безопасен, молчалив, сговорчив, спокоен, ему можно причинить вред и даже уничтожить без всяких последствий" (Stoller, 1977). Фетишисты, как правило, не представляют опасности для окружающих и используют свои фетиши в уединении.

В некоторых случаях фетишист может прийти в сексуальное возбуждение и достигнуть оргазма только при использовании своего фетиша. В других случаях в отсутствие фетиша сексуальная реактивность понижается, но не исчезает вовсе; при этом фетишист часто создает сексуальное возбуждение при помощи фантазий, в которых участвует фетиш. Известны случаи, хотя и редкие, когда для достижения эффекта необходимо участие партнерши: например, она должна тереть гениталии кусочком шелка или надеть черные подвязки и туфли на высоких каблуках.

Фетишизм отделен от некоторых сексуальных предпочтений очень тонкой чертой. Человека не следует считать фетишистом, если сексуальное возбуждение зависит у него от привлекательности партнера; мужчину, возбуждающегося при виде женщины в черном кружевном белье, также нельзя назвать фетишистом, если это белье не служит главным фактором, вызывающим возбуждение. Точно определить границу, за которой индивидуальные предпочтения перерастают в слишком сильную зависимость, не всегда легко.

Трансвестизм



Многие мужчины, любящие переодеваться в женское платье, предпочитают делать это не на людях, но изображенному здесь мужчине явно доставляет удовольствие оказываемое ему внимание.

Трансвеститами называют гетеросексуальных мужчин, которые испытывают сексуальное возбуждение, переодеваясь в женскую одежду. Многие трансвеститы женаты и в повседневной жизни ведут себя как обычные мужчины, однако при переодевании они нередко делают тщательный макияж, надевают парик и манерничают, так что могут ввести в заблуждение самых искушенных наблюдателей.

Интересно отметить, что женщин, надевающих мужскую одежду, могут считать просто экстравагантными, не связывая это с трансвестизмом. Женщины часто носят мужскую одежду, но это обычно не вызывает у них полового возбуждения.

Трансвестизм следует отличать от транссексуализма, при котором мужчина стремится изменить свой пол и хочет жить как женщина (см. гл. 11). Транссексуалы обычно не испытывают сексуального возбуждения, переодеваясь в женскую одежду, однако изредка трансвестизм перерастает в транссексуализм (Wise, Meyer, 1980; American Psychiatric Association, 1987; Money, 1988). Трансвеститов необходимо отличать и от геев, которые иногда переодеваются в женское платье. Такие переодевания не связаны с половым возбуждением и не создают психологической зависимости.

Любовь к переодеванию в женское платье обычно начинает проявляться в детстве или отрочестве: судя по рассказам многих трансвеститов, в детстве их наказывали за это (American Psychiatric Association, 1987). В одном известном нам случае шестилетнего мальчика научил этому его отец-трансвестит, которого в свою очередь приобщил к такому поведению его отец. Став взрослыми, большинство трансвеститов надевают женскую одежду только у себя дома, хотя некоторые носят женские трусики под обычным мужским костюмом в течение всего дня. Жены трансвеститов обычно прекрасно знают о странностях своих мужей, а иногда даже помогают им в выборе косметики и женской одежды (Stoller, 1977). Однако далеко не все относятся в этому столь благосклонно, многие требуют, чтобы муж обратился к врачу или просто подают на развод. Среди супружеских пар, в которых муж признался жене в своем трансвестизме, больше половины считают эту парафилию самой большой проблемой в их отношениях (Brawn, Collier, 1989). Есть женщины, которые терпят переодевание, но не одобряют его, как объясняла одна 42-летняя женщина:

Я никак не могу понять, почему Джону нравится это странное занятие, и живу в постоянном страхе, что о его поведении узнают наши дети. Но, наряжаясь, он никому не причиняет зла и ничего не отнимает у нашей любви, а поэтому мне, в сущности, не на что жаловаться - я просто должна принимать все как оно есть. (Из картотеки авторов)

Большинство трансвеститов - гетеросексуалы (у женатых трансвеститов, как правило, есть дети), однако некоторые из них при посещении баров или общественных клубов одеваются женщинами. Их возможные партнеры-мужчины, совершенно не подозревая об этом маскараде, иногда вовлекаются в некоторые формы сексуальной активности. Трансвестит может, например, заняться с ними фелляцией или мануальным мастурбированием, ссылаясь на менструацию или на что-нибудь другое, препятствующее генитальному сексу. Ясно, что законы, требующие, чтобы реклама была правдивой, в этой области не соблюдаются, или, перефразируя строку из Ф. Уилсона, "то, что вы получаете, не вполне соответствует тому, что вы видите".

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Приводимое ниже письмо написано 38-летним мужчиной, которому нужна Помощь, потому что его жена высказывает все большее недовольство его склонностью к трансвестизму.

Я прошу вас о помощи по единственной причине - я боюсь, что Салли бросит меня, если я немедленно не предприму меры, чтобы справиться с тем, что она называет "проблемой" (но на мой взгляд проблемой не является): моей страстью надевать на себя женскую одежду.

Так было не всегда. Когда 15 лет назад мы обручились, я понял, что мне следует откровенно рассказать Салли о том, как у меня возникает сексуальное возбуждение, чтобы впоследствии это не оказалось для нее неожиданным, После долгих терзаний однажды вечером я вручил ей письмо. Хотя она была немало смущена моей исповедью, я почувствовал в ней готовность примириться с этим. То есть примириться настолько, насколько может влюбленная женщина, полагая, что со временем ей удастся изменить меня или что я сам избавлюсь от этого наваждения. Я понимаю также, что ее глубоко тронуло мое смущение при этом признании; наверно, она сочла его доказательством моего намерения покончить со всем этим.

Но у меня никогда не было желания отказаться от своей тайной страсти. Напротив, я хотел, чтобы она разделяла ее. Я знал, что многие другие мужья сумели убедить своих жен участвовать в переодевании, даже помогали накладывать макияж, выбирать белье и т.п. Мне очень хотелось также заниматься с Салли сексом, оставаясь в женском обличье, потому что именно при этом я достигал наивысшего возбуждения. И на протяжении первых лет совместной жизни Салли, не проявляя особого воодушевления, все-таки мирилась с этим, что было для меня достаточно.

Но постепенно все стало меняться. Салли все больше пилила меня, требуя, чтобы я отказался от всего этого, как будто речь шла о каком-то хобби, без которого я мог бы обойтись. Только после того, как я убедил ее, что не могу и не хочу бросить это, после того, как я многократно пытался прекратить переодевание и это вызвало у меня лишь раздражительность и депрессию, она перешла к новой идее - заставить меня искать помощи.

Все это продолжается уже пять лет. Должен признаться, что я не хочу помощи, которая положит конец моей тайной страсти. Лучше помогите мне убедить Салли в том, что мои действия -это одна из законных форм сексуального самовыражения.

Мужчина, написавший это письмо, пришел к нам вместе со своей женой. Из беседы стало ясно, что их позиции настолько далеки друг от друга, что никакая "терапия" им не поможет. Тем не менее мы уговорили их пойти на компромисс: муж согласился ограничиться переодеванием дважды в месяц, а жена обещала не пилить его за это. Кроме того, жене посоветовали быть более настойчивой в выражении собственных потребностей, не допуская полной зависимости собственного настроения от настроений и действий своего мужа. (Из картотеки авторов.)

Вуайеризм

В нашем обществе разглядывание обнаженных или полуобнаженных тел стало считаться вполне приемлемым. Об этом свидетельствует высокая посещаемость баров "топлесс" и всякого рода шоу с участием голых и полуголых артистов. Однако удовольствие, получаемое от "лицезрения" может трансформироваться в какую-то форму парафилии, что еще раз доказывает приведенное выше положение о непрерывности перехода от нормы к аномалии.

Вуайеристом, т.е. подглядывающим, называют человека, получающего сексуальное удовольствие от наблюдения за сексуальной активностью других людей, за обнаженными или раздевающимися людьми. Слово "вуайеризм" происходит от французского глагола "вуар" - видеть. При вуайеризме подглядывание (или фантазии на эту тему) - предпочитаемый или единственный способ достижения сексуального возбужения. Хотя женщины тоже могут приходить в сексуальное возбуждение при виде обнаженных людей

или наблюдая за половым актом, случаи, когда это становится им необходимым для сексуальной реакции, крайне редки.

Вуайеризм встречается главным образом у молодых мужчин и по достижении среднего возраста часто проходит. Вуайеристам часто бывает трудно вступать в гетеросексуальные отношения (Tollison, Adams, 1979) и у многих из них гетеросексуальный опыт ограничен. Фактически, вуайеризм дает возможность мужчинам обходиться без социального и сексуального взаимодействия с женщинами; многие из них ограничивают свою сексуальную активность мастурбацией во время подглядывания или фантазированием на тему прошлых подглядываний.

Вуайерист предпочитает подглядывать за незнакомыми женщинами, так как это придает акту привкус чего-то нового и запретного (Gebhard et al., 1965). Его часто особенно сильно возбуждают ситуации, в которых велик риск быть обнаруженным; этим, вероятно, объясняется также, почему большинство вуайеристов не особенно привлекают лагеря нудистов, представления со стриптизом или другие места, где смотреть на обнаженных людей не запрещено (Tollison, Adams, 1979).

Можно было бы думать, что подглядывание безобидно, поскольку оно не связано с личными контактами, однако это не всегда так. Некоторые вуайеристы совершали акты насилия, разбоя, поджоги и другие преступления (Yalom, 1960; Gebhard et al., 1963; MacNamara, Sagarin, 1977).

Эксгибиционизм



"В наши дни редко удается увидеть настоящее шелковое белье..." (Punch)

Эксгибиционизмом называют парафилию, при которой человеку для получения сексуального удовлетворения необходимо выставлять напоказ перед незнакомыми людьми свои половые органы. Это отклонение встречается почти исключительно у мужчин (Stoller, 1977; American Psychiatric Association, 1987), хотя имеются сообщения о нескольких случаях эксгибиционизма у женщин (Evans, 1970; Hollender, Brown, Roback,

1977; Grab, 1985). Некоторые эксгибиционисты неспособны к другим формам гетеросексуальной активности; создается впечатление, что на такое поведение их толкает какая-то "неконтролируемая потребность".

Эксгибиционизм обычно начинает проявляться до 18 лет, его пик приходится на третий десяток, а после 40 лет наблюдаются лишь единичные случаи (American Psychiatric Association, 1987). Согласно данным одного исследования (Smukler, Schiebel, 1975), типичные эксгибиционисты состоят в браке, обладают довольно высоким интеллектом, обеспечены хорошей работой и не проявляют видимых признаков серьезных эмоциональных проблем. Как правило, это робкие, застенчивые люди. Во многих случаях единичный эпизод эксгибиционизма имеет место на фоне семейного конфликта или столкновения с сильным, влиятельным человеком (Tollison, Adams, 1979).

Хотя обычно акт эксгибиционизма вызывает сексуальное возбуждение, оно не всегда сопровождается эрекцией или эякуляцией, даже если человек при демонстрации своих гениталий занимается мастурбацией. Для некоторых мужчин главная цель эксгибиционизма - вызвать шок или страх у своих жертв; без такой зримой реакции сам акт доставляет им мало удовольствия.

Полиция задерживает за эксгибиционизм больше народу, чем за любую другую форму парафилии. Очевидно, риск быть пойманным входит в число важных компонентов, создающих возбуждение (Stoller, 1977) и толкающих некоторых эксгибиционистов к поведению, почти гарантирующему арест. Эксгибиционист может многократно "выступать" на одном и том же углу или использовать припаркованную машину (владельца которой легко установить) в качестве сцены для своего спектакля.

Принято считать, что эксгибиционисты не агрессивны и не насилуют своих жертв (Tollison, Adams, 1979; American Psychiatric Association, 1987), однако из этого правила есть исключения (Gebhard, 1965; MacNamara, Sagarin, 1977). В одном случае эксгибиционист, неудовлетворенный реакцией своей жертвы, ударил ее по лицу; в другом эксгибиционист пришел в такую ярость из-за отсутствия внимания со стороны жертвы, что затащил ее в укромное место и заставил совершить фелляцию. (Из картотеки авторов.)

Непристойные телефонные звонки

Благодаря техническим успехам XX в. появилась одна новая форма парафилии: некоторые люди, чтобы достигнуть полового возбуждения, звонят по телефону и говорят непристойности.

Почти всегда этим занимаются мужчины, причем, как правило, это люди, у которых имеются сложности в межличностных отношениях. Относительная безопасность и односторонняя анонимность этих телефонных звонков делают возможным сублимированный акт мастурбации, не отягощенный волнениями встречи лицом к лицу.

Непристойные телефонные звонки бывают трех типов. При первом (и, вероятно, наиболее распространенном) звонящий похваляется своими достоинствами и описывает свои мастурбационные действия во всех подробностях. Звонки второго типа содержат прямые угрозы жертве ("Я следил за тобой", "Я найду тебя"). При третьем типе звонящий старается заставить свою жертву рассказать об интимных деталях ее жизни. Зачастую это делается под тем предлогом, что он ведет "телефонный опрос" по таким темам, как женское белье, менструация или противозачаточные средства. Довольно часто звонящие представляются как исследователи в области сексологии.

В течение ряда лет к нам поступали жалобы от женщин, которым звонили мужчины, задававшие вопросы об их половой жизни и называвшие себя сотрудниками Института Мастерса и Джонсон. Как это ни странно, многие женщины долго разговаривали с самозванными "сотрудниками" и начинали что-то подозревать только по окончании разговора. Читателям следует знать, что ни одно законное исследование в области секса не проводится путем опросов по телефону.

Иногда одной и той же жертве звонят постоянно; но чаще звонящий переходит от одной жертвы к другой, если только данная "жертва" не проявляет желания продолжать разговоры (число таких женщин удивительно велико). Людей с непреодолимой потребностью в таких непристойных телефонных звонках следует отличать от подростков, которые иногда занимаются этим просто из озорства, совершенно не задумываясь о беспокойстве, причиняемом другим (MacNamara, Sagarin, 1977).

Женщины, которым звонят таким образом, иногда чувствуют, что они в чем-то неправильно повели себя - пример ситуации, когда люди обвиняют самих себя в том, что оказались в положении жертвы (Warner, 1988). Суждения других людей (друзей, членов семьи, полиции или сотрудников телефонной компании), которым женщина рассказала об этой ситуации, также могут оказать на нее негативное воздействие, вынуждая занять оборонительную позицию по поводу собственного поведения.

Жертва может сообщить о непристойных звонках на телефонную станцию или в полицию, но шансы поймать "хулигана" очень невелики. Для этого необходимо достаточно долго удерживать его на линии, чтобы определить, откуда он звонит, или завлечь его на "встречу" с жертвой под наблюдением полиции. Получившие недавно распространение телефоны с автоматическим определителем номера несомненно служат хорошей защитой от непристойных звонков, но не спасают от тех, кто звонит из автоматов.

Садизм и мазохизм

Садизмом называют намеренное причинение боли или унижение другого человека для получения сексуального удовлетворения. Этот термин происходит от имени французского писателя маркиза де Сада (1740-1814), много писавшего о жестокости как способе получения сексуального удовлетворения. Мазохизмом называют сексуальное удовлетворение, получаемое от боли или унижения, причиняемых партнером. Термин происходит от имени австрийского писателя, барона фон Захер-Мазоха (1836-1905), в романе которого "Венера в мехах" (1888) подробно описано удовольствие, доставляемое болью.

Точных сведений о распространении садизма и мазохизма нет, но по некоторым данным, от 5 до 10% мужчин и женщин считают, что иногда такая активность доставляет удовольствие (Kinsey et al., 1953; Hunt, 1975; Barbach, Levine, 1980). Один из журналов провел анкетирование своих читателей по проблемам садизма и мазохизма; 72% респондентов составили мужчины, а 28% - женщины (Breslaw, Evans, Langley, 1985). Средний возраст мужчин был равен 36,2, а женщин - 33,4; более половины состояли в браке. У мужчин за год, предшествовавший анкетированию, было в среднем по 25 различных садомазохистских эпизодов, а у женщин по 53. Наиболее распространенные формы садомазохизма представлены в табл. 17.1.

Таблица 17.1

Наиболее распространенные формы садомазохистской активности (Breslow, Evans, Langley, 1985)

Тип активности	Мужчины, % (N = 130)	Женщины, (N = 52)
Шлепки	79	80
Физическое порабощение	79	76
Оральный секс	77	90
Мастурбация	70	73
Унижение	65	61
Ограничение движений	60	83
Анальный секс	58	51
Болевые воздействия	51	34
Бичевание	47	39
Резина/кожа	42	42
Сапоги/туфли	40	49
Словесные оскорбления	40	51
Придушивание	39	54
Клизма	33	22
Истязание	32	32
"Золотой душ"	30	37
Трансвестизм	28	20
Насильное облачение в женскую одежду	25	20

Большинство из тех, кто ответил на вопросы анкеты, имели дело с мягким или даже символическим садистским или мазохистским поведением, не испытав ни настоящей физической боли, ни подлинной жестокости. Судя по результатам наших исследований, садомазохизм лишь в редких случаях достигает уровня развитой парафилии. Поэтому причинение или испытание физических страданий лишь изредка бывают предпочтительными или исключительными способами достижения сексуального возбуждения. И, вопреки ошибочному представлению о склонности большинства женщин к мазохизму, садизм и мазохизм на уровне парафилий встречаются главным образом у мужчин.

Садизм проявляется в самых разных формах - от "мягкой" контролируемой игры с охотно участвующим в ней партнером до настоящей агрессии вплоть до истязаний, изнасилования или даже садистского убийства. Некоторым садистам, чтобы получить удовольствие, необходимо сопротивление со стороны жертвы; другие достигают полового возбуждения с партнером только в том случае, если страдания партнера очевидны.

Мазохизм также варьирует от мягких форм до крайне тяжелых. Мягкие формы - связывание (половое возбуждение возникает, если человек связан), шлепки или физическое "подавление" - это тщательно контролируемая игра с надежным партнером. Что же касается крайних форм, то они состоят в действиях, причиняющих настоящую боль: бичевание, полупридушивание, затаптывание ногами, самоповреждения. Мазохисту, жаждущему, чтобы ему причинили "сильную" боль или же прочно связали, не так-то легко найти соответствующего партнера. Из-за этого некоторые мазохисты сами причиняют себе боль весьма эксцентричными способами, или полупридушивая себя, или прибегая к помощи проституток, соглашающихся провести необходимую стимуляцию.

Крайние формы садомазохистских действий могут оказаться опасными для здоровья, однако большинство прибегающих к ним людей обычно хорошо представляют себе их рискованность и не выходят за пределы разумного. Для многих привлекательность садомазохистского секса, по-видимому, связана с ощущением, что они "нарушают правила" обычного сексуального поведения. Однако для горстки людей удовольствие, получаемое от причиняемой или испытываемой боли, - единственный способ достигнуть полового возбуждения. Один человек сказал нам: "Охваченный жаром сексуальных страстей я забываю о реальном мире и обо всем, что с ним связано". (Из картотеки авторов.)

Психологический смысл садомазохизма остается неясным. Поскольку многие мазохисты-мужчины занимают высокое положение в обществе (политики, судьи, банкиры), некоторые специалисты высказывают мнение, что подчинение и унижение в сексе служат для мазохистов своего рода отдушиной, позволяющей им расслабиться и отвлечься от своей строго регламентированной жизни на виду у всех (Leo, 1981). По мнению Баумейстера (Baumeister, 1988), мазохизм можно объяснить подсознательным желанием избавиться от завышенной самооценки, либо (для человека, воспитанного в представлениях о сексе как о чем-то греховном и скверном) стремлением наказать себя за получаемое при этом удовольствие. И, наоборот, садизм можно рассматривать как способ повысить свою самооценку (доказывая свою мощь и превосходство) или дать выход внутренней агрессивности, которую невозможно разрядить другими способами.

Возникла целая индустрия, обслуживающая садомазохистский секс. Существуют каталоги, рекламирующие кандалы, плетки, цепи, кляпы и другие орудия пыток. Есть журналы, в которых целые развороты заняты иллюстрациями с изображением садомазохистких сцен и подробными описаниями техники таких актов. В некоторых городах открыты бары С + М и частные клубы, где имеются "камеры" и расписаны часы "посещений". В газетах можно встретить такие объявления:

"Миссис Александра" - Я была рождена для того, чтобы повелевать мужчинами... Стремясь угодить мне, они готовы испытывать всевозможные мучения. Чтобы усилить ощущения, применяю плетку и другие орудия пыток. Понед.-субб. от 12 часов дня до 10 часов вечера.

Мир миссис Инги - Посетите ее комнату пыток с каменными стенами толщиной 18 см и всем необходимым оборудованием, начиная от столба для бичевания и до дыбы.

"Покорная Черри" - Большинству девочек необходимо, чтобы с ними обращались нежно, "как с фарфоровыми куклами". А я с самого детства хотела, чтобы меня ставили на место. Теперь я большая девочка с пышными формами, которые жаждут бичевания. Я хочу быть вашей рабыней. Разумные цены.

Как мы указали в гл. 14, садомазохистские фантазии обычны, однако большинство людей, находящих такие фантазии возбуждающими, не имеют желания испытать все это в реальной жизни.

Некоторые из практикующих С + М стараются изменить свое сексуальное поведение. Сравнительно нетрудно помочь таким людям внести в их сексуальную жизнь новые несадомазохистские формы, однако попытки полностью устранить эротическую привлекательность садомазохистских актов в лучшем случае приводят лишь к временному успеху (Moser, 1988).

СПЕЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

25-летняя студентка юридического факультета университета, состоящая 4 года в браке со студентом школы бизнеса, обратилась к сексопатологу с жалобами на сексуальные проблемы и дисгармонию в браке.

Молодая женщина достигала сексуального удовлетворения только при грубом с ней обращении или же если она фантазировала о том, что ее насилуют или оскорбляют. Вначале муж был готов участвовать в такой игре, однако потом все это стало казаться ему утомительным и унизительным. Тогда жена переменила тактику и нередко пыталась рассердить его до такой степени, чтобы он стал бить ее. В конце концов, когда муж отказался выполнять ее сексуальные требования, молодая женщина начала искать себе партнеров в барах, занималась сексом в автомобилях или в дрянных мотелях со случайными людьми при условии, что они согласятся бить и мучить ее. Хотя она стыдилась своего поведения, но не желала прекратить эти встречи, так как, по ее словам, они приводили ее "в такой экстаз, какого она не испытывала ни от чего другого".

По словам этой женщины, она впервые испытала оргазм в возрасте 8 лет, когда ее отшлепали за какие-то шалости. В раннем подростковом возрасте она стегала себя кожаным ремнем и мастурбировала, строя в своем воображении подробные сцены истязаний и достигая крайней степени полового возбуждения. Ко времени поступления в колледж она собрала большую коллекцию порнографических книг и поняла, что не может достигнуть оргазма без садомазохистских действий. Будущий муж привлек ее тем, что при первой встрече проявил большой интерес к ее эротическим книжкам и затем какое-то время, как ей казалось, с удовольствием разыгрывал вместе с нею многие из этих фантастических сцен во время половых актов.

Несмотря на желание спасти свой брак, женщина соглашалась на лечение только при условии, что врач не расскажет мужу всю правду о ней и ее тайных свиданиях. После нескольких сеансов совместной сексотерапии муж заявил, что бросает ее; вскоре последовал развод.

Комментарий. Этот случай мазохизма иллюстрирует несколько типичных особенностей парафилий. Во-первых, буквально все парафилий берут начало в каких-то происшествиях, случившихся в детстве и связанных с сексом. Во-вторых, при "безжертвенных" парафилиях редко возникают межличностные проблемы, если половые партнеры готовы участвовать в создании необходимого источника возбуждения. (Например, у человека, для которого фетишем служит резина, может сложиться весьма благополучный брак, приносящий супругам много радости, если жена будет сочувствовать его пристрастиям и с удовольствием надевать во время секса соответствующие атрибуты.) Но когда один из супругов устает от того, чтобы концентрировать все внимание на одной форме секса (в описанном выше случае - на С + М-компоненте), браку приходит конец. В-третьих, при

настоящей парафилии предпочтение какого-то определенного акта или предмета выражено так сильно, что если у супруга возникают возражения, отношения неизбежно разрываются. В большинстве случаев люди с парафилией приносят свой брак в жертву, лишь бы продолжать действия, доставляющие им наслаждение.

Зоофилия

Вступление в сексуальные контакты с животными называют скотоложеством; когда сексуальная активность с животными становится предпочтительным или исключительным способом достижения полового возбуждения, это называют зоофилией.

По данным Кинзи (1948, 1954) 8% мужчин и примерно 4% женщин из обследованной ими выборки имели сексуальные контакты с животными; у женщин это обычно были комнатные животные, а у мужчин - козы, овцы, телята или ослики (данная парафилия встречается у сельских жителей в 2-3 раза чаще, чем у городских). Мужская зоофилия обычно подразумевает вагинальное сношение, а женская чаще ограничивается кунилингусом, совершаемым животным. Но известно несколько случаев, когда женщины обучали своих собак половым сношениям и регулярно вступали с ними в связь.

Причиной скотоложества обычно бывает любопытство или желание снять половое напряжение, когда нет других партнеров (Tollison, Adams, 1979). Зоофилия иногда сопровождается садизмом.

Педофилия

Педофилами (буквально "любящими детей") называют взрослых людей, получающих половое удовлетворение от сексуальных действий с детьми или от фантазий на эту тему (American Psychiatric Association, 1987). Несмотря на распространенное мнение, что педофилами бывают только мужчины, известны случаи, когда в сексуальные контакты с детьми вступали женщины (Kolodny, Masters, Johnson, 1979; Tollison, Adams, 1979; Finkelhor, 1984). Примерно в 75% случаев жертвами педофилии оказываются девочки (чаще всего в возрасте от 8 до И лет).

Вопреки широко распространенному представлению о педофиле как незнакомце, слоняющемся вокруг школ и игровых площадок с кульком конфет, лишь в 10,3% случаев педофил оказывается человеком, совершенно незнакомым ребенку (Mohr, Turner, Jerry, 1964). Довольно часто в такой роли выступает один из родственников, что придает сексуальному контакту кровосмесительный оттенок. Реальную частоту педофилии с участием родственников установить трудно, поскольку стремясь "не выносить сор из избы" о таких случаях редко сообщают в полицию.

Педофилия обычно встречается в трех возрастных группах: после 50 лет, от 35 до 40 лет и у подростков (Данные по этому вопросу отсутствуют, однако возможно, что видимый разрыв между 20 и 35 годами, когда случаи педофилии якобы встречаются редко, всего лишь иллюзия. Вероятно, педофил, женившись, просто на время прерывает контакты с детьми, хотя не исключено, что впоследствии объектом его домогательства можетстать собственный ребенок (но кровосмешение обычно не "считается" педофилией).). Строго говоря, человека, имевшего лишь единичный половой контакт с ребенком, нельзя считать педофилом (American Psychiatric Assotiation, 1987); возможно, такой поступок - результат сексуальной фрустрации, чувства одиночества или пережитого конфликта.

Различают несколько видов педофилии. По мнению Коэна, Сегхорна и Калмаса (Cohen, Seghorn, Calmas, 1969), наиболее распространена педофилия с комплексом неполноценности. Инфантильные педофилы не способны строить свои отношения с другими взрослыми, при общении с детьми они чувствуют себя хозяевами положения. В данном случае жертвами редко становятся незнакомые дети, поэтому контакты не случайны. Как правило, педофил располагает к себе ребенка интересными рассказами, играми и обезоруживающими проявлениями дружбы. В отличие от этого регрессивные педофилы легко устанавливают гетеросексуальные связи; однако на каком-то этапе взрослой жизни у них возникает чувство сексуальной неполноценности, они перестают справляться с жизненными проблемами, что нередко ведет к алкоголизму. Их сексуальные контакты чаще носят импульсивный характер и происходят с незнакомыми детьми. Желание может быть внезапным и столь сильным, что они не способны преодолеть его. Агрессивные педофилы (самая редкая категория) - это мужчины, склонные к антиобщественному поведению; как правило, женоненавистники. Именно от них с наибольшей вероятностью можно ожидать грубого насилия над жертвой.

По данным психолога Грота (N. Groth, 1979), 80% педофилов сами перенесли в детстве какую-либо сексуальную травму. Почему мужчины, подвергшиеся в детстве сексуальному насилию, сами подвергают теперь такому же насилию других детей, остается неясным; возможно, это объясняется какими-то нарушениями в развитии их личности, вызванными полученной в детстве травмой.

Суммируя различные теории о причинах педофилии, Финкельгор и Араджи (Finkelhor, Araji, 1986) выделили четыре группы факторов, влияющих на развитие данной парафилии: эмоциональная конгруэнтность, половое возбуждение, блокировка и дисингибирование (табл. 17.2). Эмоциональная конгруэнтность описывает причины, по которым взрослый человек может испытывать эмоциональную потребность в сексуальной связи с детьми. К ним относятся задержка психологического развития, из-за которой у взрослого человека сохраняются детские эмоциональные потребности, и также низкая самооценка, которую такой взрослый стремится повысить, подчиняя своей воле ребенка. Человек, подвергшийся в детстве сексуальному насилию, став взрослым, нередко сам выступает в роли растлителя не только для того, чтобы взять реванш, но и чтобы перестать ощущать себя жертвой. Подобным же образом педо-фильные фантазии, по-видимому, помогают человеку справиться с душевной травмой, причиненной ему в детстве, и избавиться от стыда и беспомощности, испытанных в то время, когда он не мог сопротивляться этому.

Таблица 17.2

Четырехфакторная модель для объяснения педофилии (Finkelhor, Aragji, 1986)

Факторы	Причины личностные	Причины социокультурные
Эмоциональная конгруэнтность	Задержка развития Низкая самооценка Символическое преодоление психической травмы Идентификация с агрессором Нарциссизм	Социализация мужчины как доминантной фигуры
Сексуальное возбуждение	Возбуждающий детский опыт Травмировавший сексуальный опыт в детстве Выработка условного рефлекса Аномальная направленность возбуждения Биологические факторы	Детская порнография Эротизация детей в рекламах

Блокировка	Неразрешенный эдипов комплекс Страх кастрации Страх перед взрослой женщиной Травмировавший сексуальный опыт со взрослыми Слабые навыки общения Семейно-сексуальная дисгармония	Регрессивные нормы в отношении мастурбации, внебрачный секс
Дисингибирование	Импульсивные расстройства Старческое слабоумие Алкоголизм Психоз Ситуационный стресс Нарушение механизма, препятствующего кровосмешению	Не срабатывает запрет на такого рода сексуальные контакты Порнография Доминирование в семье

Теории сексуального возбуждения пытаются объяснить, почему именно дети вызывают половое влечение у данного взрослого человека. По мнению Финкельгора и Араджи, у многих педофилов такое влечение является результатом условного рефлекса, появившегося из-за пережитого в раннем детстве сексуального насилия. Сцена насилия может прочно врезаться в детское сознание и впоследствии, всплывая в памяти во время мастурбирования, закреплять выработанный условный рефлекс. Определенную роль в возникновении педофилии может играть и выбор в качестве ролевой модели человека, для которого дети являются источником сексуального возбуждения. Другим возможным объяснением служит аномальная направленность возбуждения, которую Финкельгор и Араджи (1986) описывают следующим образом: "Определенный опыт социализации или субъективно ощущаемая сексуальная депривация могут подтолкнуть людей к тому, чтобы называть любое эмоциональное возбуждение (например, привязанность, отцовские чувства) сексуальной реакцией. Назвав реакцию сексуальной, они могут найти способ подкреплять ее путем повторений и фантазий и таким образом вызывать гораздо более генерализованное сексуальное возбуждение, направленное на определенного ребенка или на детей вообще". Финкельгор и Араджи отмечают также возможность существования какого-то еще неизвестного биологического фактора, играющего во всем этом важную роль.

Под рубрикой блокировка рассматриваются случаи, когда взрослые люди не в состоянии удовлетворять свои сексуальные и эмоциональные потребности с помощью нормальных сексуальных связей с другими взрослыми людьми. Такая блокировка может быть результатом слабости навыков общения, необходимых для создания взрослых гетеросексуальных взаимоотношений, неуверенности в себе, неразрешенного эдипова комплекса, отсутствия надежного партнера или конфликта с ним, а также резко отрицательного отношения общества к такой парафилии.

Последняя группа факторов названа дисингибированием. Суть этого феномена заключается в том, что общепринятые запреты на сексуальные контакты с детьми у взрослых педофилов не срабатывают. К дисингибирующим факторам относятся: умственная отсталость, старческое слабоумие, психозы, ослабленный контроль над своими побуждениями, наркомания или алкоголизм, стрессовая ситуация, отсутствие обычных механизмов, удерживающих от кровосмешения (например, отсутствие этих механизмов между отчимом и падчерицей; поскольку отчима не было в семье, когда девочка была в младенческом или раннем детском возрасте, обычные запреты, которые существовали бы между отцом и дочерью, не успели возникнуть).

Четырехфакторная модель педофилии, предложенная Финкельгором и Араджи, не дает точного объяснения каждому случаю, однако помогает систематизировать наши рассуждения на эту тему.

Единого типа сексуальной активности, характерного для всех педофилов, не существует. Наиболее часто она выражается в поглаживании педофилом гениталий ребенка, либо поглаживании ребенком гениталий самого педофила, однако во многих случаях имеют место соитие или фелляция. Почти в половине случаев педофилы как связанные со своей жертвой кровным родством, так и посторонние, насилуют ребенка, применяя физическую силу, причем, как правило, их действия бывают более жестокими, чем считалось прежде (Stermac, Hall, Henskens, 1989). Как отмечают Эриксон и др. (Erickson, Walbek, Seely, 1988): "Маленькие дети служат для педофила главным образом безликими помощниками в мастурбировании, тогда как тех, кто постарше, он воспринимает как половых партнеров, хотя и несогласных".

Несмотря на то, что законы, карающие сексуальные контакты между взрослыми и детьми, все время ужесточаются, сексуальное злоупотребление в отношении детей превратилось в один из видов "большого бизнеса". Известны многочисленные случаи, когда детей вовлекают в проституцию или используют для создания порнографической продукции. Более того, в развратных действиях против детей стали уличать школьных учителей и социальных работников, что повлекло за собой взрыв возмущения общественности.

Типы поведения растлителей малолетних

Частота половых преступлений в отношении мальчиков и девочек (Erickson, Walbeck, Seely, 1988, табл. Ill)

Источник: с изменениями Erickson, Walbeck, Seely, 1988.

(Более подробно кровосмешение рассматривается в гл. 18). Большинство педофилов гетеросексуалы; многие из них состоят в браке и имеют детей; характерна для них и склонность к алкоголизму (Finkelhor, 1984; Crewdson, 1988).

Довольно часто педофилы, которые были изобличены, оправдывают свой поступок тем, что были пьяны. Таким образом они пытаются убедить других людей в том, что их не нужно ни наказывать, ни лечить; им надо просто перестать напиваться (MacNamara, Sagarin, 1977).

Тип	Мальчики, %	Девочки, %
Вагинальный контакт	-	42
Анальный контакт	33	10
Орально-генитальный секс, осуществляемый преступником	41	19
Орально-генитальный секс, осуществляемый жертвой	29	17
Ласки со стороны преступника	43	54
Ласки со стороны жертвы	8	7

Другие парафилии

Существуют еще и другие парафилии, которые встречаются относительно редко и изучены слабо. Апотемнофилией, или акротофилией называют сексуальное влечение к ампутациям, при котором человек иногда старается убедить хирурга произвести ему ненужную по медицинским показаниям операцию (Money, Jobaris, Furth, 1977). При такой парафилии люди стараются найти себе сексуальных партнеров, подвергшихся ампутации.

При копрофилии и урофилии люди получают сексуальное удовлетворение при контакте с фекалиями или мочой, соответственно; а при клизмофилии - в результате применения клизмы. Фроттажем называют парафилию, при которой человек получает сексуальное удовлетворение при трении половых органов о тело другого человека в толпе.

Некрофилией называют сексуальное возбуждение, возникающее при виде трупа или сексуального контакта с ним. Эта мрачная парафилия иногда заставляет людей выкапывать покойников из могил или наниматься на работу в морги и похоронные конторы (Tollison, Adams, 1979).

Подпольный секс

Чарлзу было 45 лет, когда его вторично задержали за акт фроттажа, совершенный в метро. По словам Чарлза, первые 15 лет совместной жизни у него все было нормально, но 10 лет назад он стал испытывать потребность прикасаться к женщинам в метро. Типичный эпизод начинался с решения потереться об какую-нибудь женщину, обычно 20-30 лет. Он выбирал жертву по дороге к станции метро, следовал за ней и ожидал прибытия поезда. Готовясь к такой эскападе, Чарлз заранее надевал презерватив, чтобы не испачкать брюки при эякуляции. Он входил в вагон вслед за выбранной им женщиной. Когда двери закрывались, он начинал прижимать свой член к ее ягодицам, мысленно представляя себе, что между ними происходит нормальный половой акт. Примерно в половине случаев он достигал эякуляции, а затем отправлялся на работу. Если же эякуляции не происходило, то он либо не делал других попыток, либо переходил в другой поезд и выбирал другую жертву. По словам Чарлза, сразу после каждого эпизода он испытывал чувство вины, но уже через пару дней начинал мечтать о следующем приключении. По собственной оценке в течение последних 10 лет он проделывал все это примерно дважды в неделю, т.е. в общей сложности с тысячей женщин.

Во время беседы с психиатром Чарлз целиком признал свою вину, плакал и ужасно беспокоился по поводу того, что его жена или сослуживцы узнают о его втором аресте. Однако он, по-видимому, ни разу не задумывался над тем, что испытывали его жертвы.

Комментарий. Многократно совершаемое мужчиной трение половыми органами о тело женщин, не дававших на это согласия, для достижения сексуального возбуждения и удовлетворения называют фроттажем. Сообщений о женщинах с такой парафилией никогда не поступало.

Поведение Чарлза типично для людей с этой девиацией. Обычно для фроттажа выбирают многолюдные места, где имеются широкие возможности для выбора жертвы (например, метро, стадионы, торговые центры). В такой обстановке женщина не сразу замечает происходящее; жертва обычно не протестует, по-видимому, потому, что она не вполне понимает, что с ней делают. Вероятно, этим можно объяснить то, что Чарлза задержали только два раза.

Как и многие другие парафилии, фроттаж в некотором смысле служит заменой настоящего полового акта. Его привлекательность, по-видимому, не меньше, если не больше, объясняется его противозаконностью и сопровождающим его ощущением риска и собственной власти, чем чисто сексуальным содержанием.

Spitzeretal., 1989.

Причины парафилии и их лечение

Надежных сведений о причинах парафилии очень мало. Психоаналитики в общем полагают, что эти отклонения обычно представляют собой "регрессию или фиксацию на одной из ранних стадий психосексуального развития, что приводит к многократно повторяющемуся... сексуальному поведению, которое нельзя считать зрелым ни по его применению, ни по проявлению" (R. Stoller, 1975, стр. 1539). Другими словами, человек повторяет сексуальное поведение, возникшее в раннем возрасте или возвращается к нему. Считается, что центральную роль в этом играют боязнь кастрации и эдипов комплекс. По мнению Столлера (Stoller, 1975а, 1977), все эти нарушения выражают враждебность, в которой сексуальные фантазии или необычные сексуальные действия служат способом отомстить за полученные в детстве травмы, чаще всего обусловленные подавлением со стороны родителей зарождающейся сексуальности с помощью угроз или наказания. Постоянство парафилии связано с невозможностью полностью стереть из памяти пережитую травму.

В отличие от этого бихевиористы полагают, что в основе парафилии лежат условные рефлексы. Предметы, не имеющие отношения к сексу, приобретают способность вызывать сексуальное возбуждение, если они часто и многократно ассоциируются с сексуальными действиями, доставляющими удовольствие (чаще всего с мастурбацией). Некоторые сексуальные акты (подглядывание, эксгибиционизм, скотоложество), вызывающие особенно интенсивные эротические реакции (часто усиливающиеся еще больше из-за своей "запретности"), могут в известных обстоятельствах стать для данного человека предпочтительным типом полового поведения. Однако обычно дело не в одних только условных рефлексах: должны существовать предрасполагающие факторы, например затруднения в создании межличностных связей или низкая самооценка (Tollison, Adams, 1979).

По теории Джона Мани (John Money), развитие парафилии начинается в раннем детстве, когда формируются первые связи между сексом, любовью и влечением. С точки зрения Мани, формирование детской карты любви (специализированной программы мозга, направленной на создание эротического возбуждения и зарождение любви) нарушается таким образом, что парафильная ориентация становится весьма вероятной (Money, 1988; Money, Lamacz, 1990). Это нарушение, как правило, ведет к выпадению естественного звена между романтической любовью и сексуальным влечением, так что к зрелости человек уже неспособен соединять "чистую" любовь и "грязное" вожделение в своем поведении. В результате вожделение часто выражается в весьма специфических парафилиях, совершенно не связанных с любовью или интимностью.

В качестве примеров Мани приводит случаи, в которых резко негативные реакции родителей на проявления сексуальности у маленьких детей могут направить карту любви ребенка в сторону какой-нибудь парафилии.

1. Родители, унижающие и наказывающие маленького мальчика за то, что он с гордостью демонстрирует свой эрегированный половый член пришедшим в гости женщинам, не понимают, что это может привести к развитию у ребенка наклонности к эксгибиционизму.

2. Как уже говорилось, многие трансвеститы сообщают о том, что в детстве родители за какие-то проступки подвергали их так называемому "унижению юбочкой" - одевали в цветастые "девчоночьи" платьица. Согласно теории разрушения карты любви, сформулированной Мани, такая форма наказания, воздействуя на развивающуюся карту любви индивидуума в особенно уязвимом возрасте, создает тенденцию к трансвестизму. Мани, однако, вполне определенно признает, что не у каждого подвергавшегося подобному наказанию ребенка происходит разрушение карты любви.

Ясно, что независимо от причины парафилий, люди редко пытаются избавиться от нее, если только их не вынуждает к этому арест или негативное отношение семьи. Более того, некоторые парафилики, проходящие курс терапии, пытаются убедить врача, что они совершенно излечились, оставаясь при этом вполне активными (Money, 1988).

Литература по методам лечения сексуальных расстройств фрагментарна и неполна. Классический психоанализ оказался не особенно эффективным для лечения парафилий; к тому же такое лечение обычно продолжается несколько лет. Гип-нозотерапия также дает неважные результаты. В настоящее время интерес сосредоточен на нескольких бихевиористских подходах: 1) аверсионной терапии, пытающейся ослабить или искоренить нежелательное поведение путем создания ус-ловных рефлексов - например, подвергая человека электрошоку в то время, когда он рассматривает соответствующие фотографии (Banchroft, 1974; Kilman et al., 1982); 2) процедурах десенситизации, нейтрализующих неприятные аспекты непарафильных сексуальных ситуаций и поведения с помощью процесса постепенного приучения к нормальному сексу; 3) научении навыкам общения, применяемого обычно в сочетании с одним из других подходов и направленного на повышение способности человека к созданию межличностных отношений (Zilbergeld, Ellison, 1979); например, мужчину обучают, как ему следует разговаривать с женщинами, как преодолеть страх быть отвергнутым и как выказать симпатию; 4) изменении поведения за счет создания правильных у слоеных рефлексов. Пациенту рекомендуют мастурбировать, используя свои парафильные фантазии, а в момент оргазма представлять себе половое сношение с женой. Таким способом его постепенно научают возбуждаться под действием более приемлемых мысленных образов. Чтобы ослабить возбуждение, создающееся под действием нежелательной фантазии, используют методику пресыщения (Schwartz, Masters, 1983).

Помимо перечисленных выше психотерапевтических методик, для лечения парафилий применяют и медикаментозный подход, в частности антиандрогенотерапию (Money, 1980, 1987). Антиандрогены снижают половое влечение у мужчин, а также частоту возникновения в воображении эротических сцен, вызывающих половое возбуждение; таким образом, они обычно ослабляют компульсивность парафилий (Berlin, Meinecke, 1981). В США в этих целях используют главным образом медроксипрогестеронацетат (фирменное название препарата Депо-Провера).

Такие лечебные программы применяются уже в течение 10 лет, однако большинство медиков не считают их высоко эффективными (Laws, 1989). Кроме того, поскольку педофилия довольно часто бывает сопряжена с тяжкими преступлениями, общество считает предпочтительным заключать сексуальных правонарушителей в тюрьму, а не оставлять их на свободе и лечить.

Лечение сексуальных расстройств

Психиатр Джин Эйбл из университета Эмори известен своими успехами в лечении сексуальных расстройств. Он - единственный специалист в этой области, официально получивший право не сообщать соответствующим органам о сексуальных правонарушениях своих пациентов. Не боясь разоблачения, обратившиеся за помощью люди с полной откровенностью рассказывали врачу о своих переживаниях и ощущениях, что помогло ему разработать наиболее эффективные методы лечения парафилий. В одной из его программ, в которой 199 человек с сексуальными расстройствами добровольно прошли 9-месячный курс лечения, 85% избавились от парафилий.

Главная особенность метода Эйбла, который в настоящее время широко используется и другими психиатрами, состоит в том, что сексуальных правонарушителей научают элиминировать половое возбуждение, возникающее в результате противозаконного поведения. Для этого пациент должен достигнуть пресыщения, которое, как утверждает Эйбл, разрушает связь между сексуальными фантазиями парафилика и оргазмами.

Ежедневно, уединившись в собственной квартире, ему предписано излагать вслух перед включенным диктофоном непарафильную сексуальную фантазию и одновременно мастурбировать, доводя себя до оргазма. (Магнитофонная запись дает возможность Эйблу удостовериться, что его подопечные выполняют полученные инструкции.) Сразу же после оргазма пациенты должны начать описывать вслух одну из своих любимых фантазий перед включенным магнитофоном и при этом продолжать мастурбировать. Естественно, что после первого оргазма их сексуальная реакция окажется невысокой, и парафильная фантазия будет вызывать гораздо более слабое возбуждение, чем это было бы в обычных условиях. В конечном итоге, после ежедневного повторения такой процедуры на протяжении нескольких недель (в общей сложности примерно 20 ч), парафилические фантазии, бывшие таким мощным возбудителем, становятся скучными и неэффективными как физически, так и психически. В результате от них отказываются, поскольку они теряют свою эротическую привлекательность.

Эйбл использует и другие упражнения, помогающие ослабить сексуальное удовлетворение, извлекаемое правонарушителями из своих любимых парафильных фантазий. Например, он может связать возбуждающие парафильные фантазии с мыслями о негативных последствиях (обнаружение полицией, заражение СПИДом) или с неприятным запахом (например, аммиаком). В сочетании с другими стандартными компонентами психотерапии эти методы находят теперь широкое распространение.

Эйбл был также первым, применившим необычный способ оценки эффективности его лечебной программы. Понимая, что сексуальные правонарушители часто лгут, не сознаваясь в использовании фантазий и даже в своем поведении, Эйбл прибегает к прямому измерению эрекций своих пациентов в ответ на записанные на пленку описания парафильных и непарафильных половых актов. Если пациенту удается всякий раз подавлять физическое возбуждение, возникающее в ответ на парафильные стимулы, приходя в возбуждение при непарафильных стимулах, Эйбл считает, что он достиг успеха.

Данные Эйбла, разумеется, не безупречны. Во-первых, нет никаких гарантий, что пациент не "подделывает" отсутствие реакции на парафильные фантазии. (Он может, например, отвлекать себя от прослушивания кассеты, так что фантазия на самом деле не регистрируется в его мозгу.) Во-вторых, нельзя быть уверенным, что у пациентов, которые кажутся вылечившимися, не возникнет рецидив. Тем не менее Эйбл считает, что заключение сексуальных правонарушителей в тюрьму лишь ухудшает ситуацию,

поскольку при этом они располагают почти неограниченным временем, чтобы сосредоточиться на своих парафильных фантазиях. Не разумнее ли, спрашивает Эйбл, дать им возможность участвовать в программе, которая с высокой вероятностью вылечит их, а не ухудшит их состояние?

Гиперсексуальность

Гиперсексуальными называют людей, обладающих чрезвычайно сильным половым влечением, но редко получающих полное сексуальное удовлетворение, несмотря на многочисленные половые акты с множеством партнеров. Гиперсексуальность у женщин называют также нимфоманией, а у мужчин - сатириазисом (Сатирами в греческой мифологии называли полулюдей, полуживотных, проводивших время в оргиях и развлечениях.)или донжуанизмом.

Научных исследований гиперсексуальности проводилось относительно мало, поскольку многие к этому феномену относятся недостаточно серьезно. Абсолютных критериев для определения гиперсексуальности не существует. Для большинства случаев характерны следующие признаки: 1) неутолимая потребность в половой активности, часто нарушающая другие повседневные функции; 2) обезличенный секс, совершенно лишенный эмоциональной компоненты; 3) несмотря на частые оргазмы, половая активность в общем не приносит удовлетворения.

У многих мужчин мысль о женщине с более сильным половым влечением, чем у них самих, вызывает тревогу; называя таких женщин нимфоманками, они пытаются сохранить собственное эго. Муж, пытаясь скрыть собственные страхи и чувство неполноценности, часто обвиняет свою жену в "гиперсексуальности"; а жена, не получающая удовольствия от секса, может предъявить аналогичные претензии своему супругу.

Сексуальная аддикция: реальность или выдумка

За последние десять лет ряд клиницистов стали высказывать мнение, что компульсивное половое поведение представляет собой настоящую аддикцию, вроде алкоголизма, наркотической зависимости или пристрастия к азартным играм. Для сексуальной аддикции характерны: 1) неспособность контролировать сексуальные импульсы; 2) вредные последствия этого поведения, хотя, как правило, сам сексуальный адцикт это отрицает; 3) неуправляемость в других областях жизни; 4) усиление частоты импульсов с течением времени; 5) симптомы абстиненции при воздержании (Carnes, 1983; Schwartz, Brasted, 1985; Kasl, 1989). Явление в целом было описано следуюбщим образом (Earle, Crow, 1989).

Все наши пациенты, страдающие сексуальной аддикцией, извлекают из секса то же самое, что наркоманы извлекают из наркотиков, а алкоголики - из спиртного: необычайно приятные ощущения, несравнимые ни с чем другим в их жизни; способ подавить такие чувства, как печаль, гнев, тревога или страх; а также средство избавиться от гнета повседневной жизни. Эта потребность уйти от действительности и многократно испытать подъем духа так велика, что сексуальные маньяки, подобно алкоголикам и людям, страдающим другими аддикциями, практически не в состоянии противостоять им. Они хотят покончить с этим. Снова и снова они обещают прекратить это. Они даже стараются прекратить, но не могут.

Большинство сексуальных маньяков - мужчины, а сексуальная аддикция у них нередко проявляется в необычных формах секса (например в парафилиях), беспорядочных половых связях, компульсивном мастурбировании, гомосексуальности, стремлении к насилию и кровосмешению, а также необыкновенно высокой потребности в обычных половых контактах. В одной из супружеских пар, обратившихся в Институт Мастерса и Джонсон, муж настаивал на не менее, чем четырех сношениях с женой в день, а жена уступала его требованиям, потому что он грозился пойти к проституткам, если она не будет "удовлетворять его потребности". Карнс (Carnes, 1983) описал другой типичный случай: женатый адвокат, имевший множество любовниц (иногда одновременно двух и более), завсегдатай массажных кабинетов, при всем этом болтался в магазинах по продаже порнопродукции, где имел контакты с гомосексуалами в кабинах для просмотра фильмов.

У женщин сексуальная аддикция чаще всего выражается "в частых опасных половых контактах с незнакомыми людьми (Schwarz, Brasted, 1985). Стремясь к самоутверждению или спасаясь от горя и одиночества, они снова и снова вступают в сексуальную связь, чтобы ощутить уверенность в себе и достигнуть кратковременной эйфории, как это описано в книге "Женщины, секс и адцикция" (Kasl, 1989):

Гиперсексуальные женщины оказываются втянутыми в некий порочный круг. Сексуальные победы необходимы им, чтобы ощутить свою власть, но при этом неудовлетворенной оказывается потребность в нежности и общении. Под их аддикцией скрывается жгучее желание избежать ощущения собственной никчемности. Этим женщинам необходимо соблазнять, преследовать, чувствовать, что они одержали победу. Они жаждут близости и душевного тепла, но не знают, как этого добиться.

Независимо от конкретного типа полового поведения оно превращается в аддикцию, когда в нем появляются элементы компульсивности и полного пренебрежения к возможным последствиям. По этой причине важно понимать, что не всех вуайеристов или трансвеститов следует считать аддиктами, хотя некоторые из них (те, кого неудержимо тянет к подглядыванию или к ношению одежды противоположного пола) относятся к таковым.

Карнс (1983) описывает наиболе распространенные представления сексуальных аддиктов-мужчин о самих себе: 1) я по своей сути плохой никчемный человек; 2) никто не будет меня любить так, как я сам; 3) мои потребности никогда не будут удовлетворены, если мне придется полагаться на других; 4) сексуальное удовлетворение - моя самая главная потребность.

Казл (Kasl, 1989) перечислил сходные убеждения сексуальных аддиктов женского пола: 1) я бессильна; 2) я всегда буду одна или буду чувствовать себя одинокой; 3) меня всегда будут бросать; 4) мое тело бесстыдно (порочно), отвратительно.

Эти глубинные убеждения в свою очередь ведут к поведенческим установкам, определяющим действия сексуальных аддиктов. Например, убеждение, что "Никто не будет любить меня так, как я сам", ведет к ошибочной концепции, приравнивающей секс к любви: "Меня можно полюбить, если испытывать ко мне половое влечение" или "Если кто-то занимается со мной сексом, это доказывает, что меня можно полюбить". А глубинное убеждение женщины в том, что она всегда окажется брошенной, порождает установку: "Меня не бросят, если я научусь обольщать".

Большинство программ, создаваемых для оказания помощи сексуальным аддиктам, основаны на тех же принципах, что и программа "Двенадцать шагов к выздоровлению"

для анонимных алкоголиков. По мнению многих специалистов, сексуальная аддикция требует профессиональной терапии, а также взаимной поддержки. Одна из основных задач такой терапии - научиться изменять негативные убеждения, разжигающие аддикцию; понять, что можно справляться с тревогой и стрессом другими способами, а не только с помощью секса; научиться навыкам общения. Умение общаться помогает сексуальным "наркоманам" избавиться от одиночества, успешно создавая новые взаимоотношения или восстанавливая прежние.

Не все специалисты, однако, приняли модель сексуальной аддикции с воодушевлением. Так, Левин и Тройден (Levine, Troiden, 1988) утверждают, что определения сексуальной аддикции и компульсии "концептуально порочны" и что критерии, используемые для диагностики этих состояний, "субъективны и надуманны". Они указывают, что компульсивное половое поведение в 1970-1980-х гг. считалось вполне законным и лишь позднее было признано аномальным "моралистами от медицины", давшими ему наукообразное название - "сексуальная аддикция" - и признавшими его, таким образом, болезнью. По их мнению, специалисты по психиатрии, защищающие модель сексуальной аддикции, выступают в роли "общественных контролеров" и навязывают свои ортодоксальные взгляды большинству населения страны. Левин и Тройден полагают, что этот толчок к конформизму был результатом угроз здоровью, связанных с генитальным герпесом и СПИДом. Они отмечают также, что прекращение аддиктивного поведения не вызывает подлинных физиологических проявлений синдрома отмены (например, поноса, конвульсий).

Концепцию сексуальной аддикции, правда с иных позиций, подверг критике и Стентон Пиль, автор книги "Любовь и адцикция". Он пишет (Peele, 1989):

Чем чаще психологи и адвокаты объявляют те или иные формы поведения неконтролируемыми компульсиями, тем меньше людей привлекают к ответственности за их действия, даже если эти действия наносят вред другим людям. Часто все наказание за очевидное, даже криминальное правонарушение сводится к консультациям в лечебном центре. Вводя термин "аддиктивные болезни", мы рискуем создать мир, в котором все будет простительно, мир, который неизбежно сползет к хаосу.

Наконец, следует указать, что нет ни одного исследования, доказывающего, что сексуальную аддикцию можно выделить в качестве самостоятельной диагностической категории. Это, конечно, не означает, что подобная концепция не имеет под собой реальной базы: ведь люди, которые находятся во власти сексуальных компульсий, действительно существуют. Суть проблемы состоит в том, чтобы выяснить, удастся ли, назвав некоторых людей сексуальными аддиктами, найти путь к диагностированию или лечению аномального сексуального поведения, или же это окажется лишь еще способом навешивания ярлыков.

Целибат

Совершенно иную форму полового поведения представляет собой целибат, или воздержание от половой активности с партнером. Целибат может быть осознанным выбором человека или определяться обстоятельствами его жизни (слабое здоровье, недоступность партнера и т.п.).

Некоторые религии превозносят чистоту и святость целибата и предписывают обет безбрачия служителям церкви. Целибат может быть также временным или периодическим; это дает некоторым людям ощущение контроля над собственной жизнью,

позволяет уделить больше внимания духовному общению с партнером или же "отдохнуть" от физических нагрузок, создаваемых половой активностью.

Эти обеты не всегда выдерживаются. В одном исследовании было показано, что существенная часть католических священников и монахов не соблюдает обет безбрачия (Halstead, Halstead, 1978).

За последние годы о целибате стали чаще говорить как об альтернативе сексуальным отношениям. В 1980 г. вышла книга под заглавием "Почему все больше мужчин и женщин воздерживаются от секса и получают от этого удовольствие". Автор (Brown, 1980) пишет:

Целибат это способ разрушить границы, существующие между душой и телом. Воздержание дает человеку свободу от сексуальных инстинктов и позволяет оценить радости жизни без секса. Если временный целибат закончится возвратом к сексу - прекрасно; сексуальная активность при этом станет ярче, чем прежде. Если же человек решит продолжить целибат, потому что несексуальный опыт оказался весьма привлекательным, то и в этом случае воздержание принесло явную пользу.

Страх перед СПИДом заставил многих людей избрать целибат как единственный верный способ избежать этой страшной болезни. Следующие материалы из нашей картотеки иллюстрируют соображения, приводящие к такому решению.

Мужчина 28 лет. Как убежденный гомосексуал я оказался в безвыходном положении. Трое мужчин, с которыми я занимался сексом, умерли от СПИДа. Я решил, что лучше не становиться самоубийцей. Буду воздерживаться до тех пор, пока ученые не придумают эффективную вакцину.

Женщина 22 лет. Я сделала совершенно осознанный выбор. Я предпочитаю оказаться женщиной, несостоявшейся в сексуальном плане, чем пополнить статистику погибших от СПИДа. Лучше жить без забот, чем постоянно думать об опасности. Если я захочу выйти замуж, то потребую от своего будущего мужа справки о том, что он не инфицирован. Ну и конечно, моим мужем может быть только тот, кто как и я считает, что в наши дни сохранение верности друг другу - единственная возможность без опасений заниматься сексом.

Для людей, не получающих удовольствия от секса, целибат подобен освобождению из тюрьмы. Другие, хотя секс и доставляет им удовольствие, предпочитают воздержание, поскольку уверены, что это продлит их молодость и увеличит творческую активность. Разумеется, есть люди, которые считают, что целибат невыполним и быстро отказываются от него.

Насколько известно, целибат никак не угрожает здоровью. Как было сказано в гл. 14, если физическое сексуальное напряжение достигает критического уровня, оно разряжается в оргазмах, происходящих во время сна. Итак, целибат для одних людей служит позитивной сексуальной альтернативой, а для других абсолютно неприемлем.

Проституция

Проституции трудно дать определение, так как секс всегда был одним из способов получить желаемое - пищу, деньги, ценности, поддержку или власть. Для практических целей лучше всего определить проститутку как лицо, согласное за немедленную оплату деньгами или какими-либо ценностями оказать сексуальные услуги любому другому

лицу, знакомому или незнакомому. В некоторых странах проституция запрещена, тогда как в других, особенно в городах, к ней относятся терпимо или же она существует, несмотря на все попытки искоренить ее.

Главная причина устойчивости женской проституции состоит в том, что это наиболее легкий способ разрешить проблемы, возникающие у женщин, оказавшихся в трудном экономическом положении. Сегодняшних проституток не брали в плен "белые работорговцы". Кому-то из них нужны деньги в связи с возникновением чрезвычайных обстоятельств или на приобретение наркотиков, другие втягивались в такую жизнь постепенно, сначала принимая подарки, а потом и деньги от приятелей, которые становились все более многочисленными и все менее знакомыми: некоторые оказались обманутыми посулами сутенера; были и такие, которые, по их словам, просто поняли, что они "сидят на мешке с деньгами".

Приведем две разные истории о том, как женщины "доходят до жизни такой".

19-летняя "девушка по-вызову". В нашей семье шестеро детей и полное отсутствие денег. С 13 лет я занималась сексом, а в 17 поняла, что на этом можно разбогатеть. Мне помогли найти сутенера, который взял меня в свое "стойло". Теперь я зарабатываю много денег и помогаю своей семье. (Из картотеки авторов)

24-летняя сотрудница массажного кабинета. Я развелась с мужем в 21 год и осталась с ребенком на руках без всяких средств к существованию. Единственная работа, которую мне предложили на бирже, была на шахте и за минимальную плату. Одна приятельница сказала мне об этом кабинете, и теперь я получаю 500$ в неделю. За половой акт парень должен заплатить дополнительно 50$. Еще через пару лет я брошу эту работу, имея некоторый капитал. (Из картотеки авторов)

Проститутки женского пола делятся на тех, кто работает в публичных домах, ищет своих клиентов на улице или в барах, а также девочек по вызову. Теперь к этому списку следует добавить массажные кабинеты и "службы сопровождения". Многие, но далеко не все, имеют сутенеров, с которыми делятся доходами. Сутенер помогает находить клиентов, обеспечивает безопасность; кроме того, может предоставить кредит. Обычно на одного сутенера работают несколько проституток.

Надежных данных о числе проституток (женщин) в США и о продолжительности их работы в этом качестве не существует. Экстраполяция данных, полученных за 20 лет (начиная с 1970 г.) для шт. Колорадо, позволяет сделать вывод, что в США в 1980-х гг. ежегодно работали 84 000 проституток (Potterat et al., 1990). В это число не входят женщины, продающие себя в наркобарах, так что, вероятно, оно несколько занижено. Поттера и его сотрудники установили также, что проститутки, как правило, занимаются своим ремеслом в течение 4-5 лет.

Во время работы проститутки редко испытывают оргазм, но в частной жизни вполне способны к этому. Как правило, в частной жизни и при работе с клиентами они используют разную сексуальную технику. Проституция может быть основным занятием или источником дополнительного дохода, однако с возрастом привлекательность женщины уменьшается, что вынуждает ее прекратить эту деятельность.

Проституция - чрезвычайно опасное занятие, поскольку женщина в этом случае оказывается в криминальной среде сутенеров, наркоманов и преступников. Она рискует своим здоровьем и даже жизнью. Чтобы избежать негативных последствий этого явления,

в Дании, например, запретили организованную проституцию и сутенерство, а всех проституток обязали иметь постоянное место работы. Большинство стран, однако, не оставляют идею полностью подавить проституцию или пытаются ограничить ее территориально.

В наше время, когда эпидемия СПИДа набирает темп, опасность проституции для общества резко возрастает. Прежде всего, поскольку многие проститутки вводят себе наркотики внутривенно (Des Jarlais et al., 1987), вероятность заражения ВИЧ для них очень высока. В одном из недавних обследований 26,2% проституток в Майами и более половины в Нью-Джерси оказались заражены вирусом СПИДа (Turner, Miller, Moses, 1989, табл. 2.8). Кроме того, известно, что секс с многочисленными партнерами сильно повышает риск ВИЧ-инфекции, а учитывая то обстоятельство, что не все проститутки требуют от своих клиентов обязательного использования презервативов (Leonard et al., 1989), многие из них, будучи ВИЧ-инфицированными, могут передать вирус СПИДа как своим платным клиентам, так и собственным половым партнерам (Masters, Johnson, Kolodny, 1988; Freund, Leonard, Lee, 1989).

Женская проституция почти исключительно гетеросексуальна (мужчины платят женщинам), тогда как мужская проституция почти исключительно гомосексуальна (мужчины платят мужчинам). В мужской проституции нет ни сутенеров, ни крупных организаций; плата за услуги ниже, а публичных домов крайне мало (хотя существуют мальчики по вызову); отношения с клиентами носят другой характер. В США проститутки-мужчины часто изображают из себя нормальных мужчин (гетеро-сексуалов), способных к оргазму в результате действий клиента, и часто сами не проявляют никакой активности. В других странах проститутки-мужчины обычно активны, а не пассивны и стараются обеспечить клиенту оргазм. Проститутки-мужчины иногда нападают на своих клиентов и грабят их, зная, что те почти наверняка не обратятся в полицию. В одном исследовании было установлено, что 7 из 10 молодых мужчин-проституток "совместители", продолжающие учебу, профессиональную или общественную деятельность и продающие себя ради денег (Allen, 1980). Мужчин, продающих свои услуги женщинам, называют альфонсами или жиголо; обычно ни обслуживают богатых немолодых женщин.

Проституция существует главным образом благодаря тому, что мужчины готовы платить за секс. Мужчины обращаются к проституткам по ряду причин: некоторые временно оказались лишенными половых партнеров, потому что путешествуют или находятся на военной службе; другим трудно найти партнеров из-за каких-то физических или психологических недостатков. Иногда мужчины хотят испытать какие-то особые формы секса, на которые не соглашаются их постоянные партнеры; а некоторые просто не хотят тратить время, чувства и деньги на любовные отношения, предпочитая покупать сексуальные услуги. Несмотря на то, что более широкое распространение в США внебрачного секса несколько сократило проституцию, всегда остается некоторое количество мужчин, оказавшихся в описанных выше ситуациях.

Некоторые сведения о женской проституции

Хотя обычно проститутки происходят из низших социально-экономических слоев общества и принадлежат к национальным меньшинствам, их клиенты относятся ко всем классам и расовым группам (Turner, Miller, Moses, 1989).

Почти половина клиентов уличных проституток - повторные. Как правило, эти проститутки работают пять дней в неделю, имеют по 4-5 клиентов в сутки и обычно

занимаются с ними оральным сексом; настоящие половые сношения интересуют менее четверти всех клиентов (Freund, Leonard, Lee, 1989).

Вопреки широко распространенному мнению многие проститутки получают удовольствие от своих половых контактов с клиентами. В одном опросе уличных проституток, проведенном в Филадельфии, 39% сообщили, что они всегда или в большинстве случаев получают удовольствие от половых сношений с клиентами, 57% -в большинстве случаев от проводимого ими клиентам орального секса и 70% - во всех или в большинстве случаев от орального секса, предоставляемого им клиентами (Savitz, Rosen, 1988).

Выводы

1. При определении аномального поведения необходимо принимать во внимание частоту соответствующих эпизодов и их социальные последствия. Навешивание на чье-то поведение ярлыка аномальности существенно влияет на нашу оценку этого человека.

2. Парафилиями (прежде их называли "половыми девиациями") называют состояния, при которых половое удовлетворение зависит от того или иного необычного полового поведения или фантазий о таком поведении. Пара-филии гораздо чаще встречаются у мужчин, чем у женщин, и во многих случаях не вызывают у них никаких ощущений личного дисстресса.

3. К парафилиям относятся фетишизм (влечение к неодушевленным объектам), трансвестизм (переодевание в женскую одежду), вуайеризм (подглядывание), эксгибиционизм (выставление напоказ половых органов), непристойные телефонные звонки, садизм (удовольствие от причинения боли), мазохизм (удовольствие от испытания боли), скотоложество (совокупление с животными) и педофилия (половой контакт взрослого с ребенком).

4. Происхождение парафилий остается неясным. Ни одна из многочисленных гипотез не может быть признана универсальной.

5. Происхождение гиперсексуальности (нимфомания у женщин, сатириазис у мужчин) также остается неясным; дать точное определение этому феномену затруднительно. По-видимому, его главные черты сводятся к "ненасытности" в сексе, безразличию в выборе полового партнера и низкому уровню полового удовлетворения или полной невозможности достигнуть его.

6. Обоснованность концепции сексуальной аддикции пока еще не установлена, однако многие клиницисты считают модель аддикции полезной для понимания и лечения некоторых типов компульсивного полового поведения.

7. Целибат, или половое воздержание - образ жизни, вполне допустимый для одних людей, но вовсе неприемлемый для других.

8. Проституция - предоставление сексуальных услуг за плату - носит различные формы, от самой примитивной уличной проституции до респектабельных агентств, предоставляющих "стильных" девушек по вызову. Женская проституция почти всегда гетеросексуальна, а мужская главным образом гомосексуальна. В настоящее время, в связи в эпидемией СПИДа, проституция особенно рискованна.

Вопросы для размышления

1. Женщинам дано право чувствовать себя сексуальными, одеваясь в шелка, кружева и нарядное белье. Почему такие же ощущения считаются недопустимыми для мужчин, если они одеты подобным образом? Определяется ли этот запрет сложившимися обычаями или же он имеет биологическую основу?

2. Можно ли называть парафилиями все виды сексуального поведения, рассмотренные в этой главе, или же некоторые из них следует считать настоящими извращениями? Как вы полагаете, люди с парафилиями психически нормальны, имеют отклонения в пределах нормы, умственно неполноценны или это подонки и извращенцы?

3. По мнению некоторых исследователей, психологическое потрясение ребенку наносит не столько совершенное над ним противоправное действие, сколько реакция на это его родителей. Что вы думаете об этом? Как лучше всего реагировать родителям? Что говорили вам ваши родители, чтобы уберечь вас от сексуальных маньяков?

4. Следует ли считать длительное, добровольное половое воздержание нормальным или это всего лишь явление, противоположное парафилии?

5. Почему парафилий обычно гораздо чаще встречаются у мужчин, чем у женщин?

6. Если у человека возникает настоятельная потребность совершать противоправные половые действия, следует ли его, по вашему мнению, заключить в тюрьму или подвергнуть амбулаторному лечению?

Глава 18.

Секс по принуждению. Различные виды сексуального насилия

Взявшись подвезти пятнадцатилетнюю девушку, "голосовавшую" на шоссе, водитель грузовика не отпускал ее в течение 18ч. Изнасиловав свою жертву многократно и нанеся 18 ножевых ран, он бросил девушку в поле, посчитав ее мертвой.

Женщина 75 лет возвращалась домой из магазина с тяжелой сумкой, полной продуктов. На улице мальчик-подросток предложил ей донести сумку до дому. Когда она отперла дверь своей квартиры, подросток втолкнул женщину внутрь, сорвал с нее одежду и изнасиловал.

Руководительница фирмы преследовала двадцатидвухлетнего секретаря своими ухаживаниями. Пригласив его на ланч, она пригрозила, что если он откажется исполнять все ее сексуальные желания, она уволит его. В конце концов он подал на нее в суд.

Двадцатишестилетний мужчина содержался в окружной тюрьме по обвинению в распространении наркотиков. Шесть заключенных, заткнув ему рот полотенцем, подвергли его групповому изнасилованию. Тюремные надзиратели отказались перевести мужчину в другую камеру. На следующий день он повесился.

Эти реальные события дают представление о принудительном сексе в американском обществе. К другим типам принудительного секса относятся принуждение к инцесту детей; принуждение подростков к проституции; сексуальные домогательства и запугивания, которым подвергаются тысячи женщин на своей работе; избиение жен, если они не готовы заниматься сексом по первому требованию мужа. В этой главе изложены некоторые исторические, правовые, социальные и психологические аспекты принудительного секса.

Изнасилование



Массовая ночная демонстрация женщин, протестующих против сексуальных нападений.

Тема изнасилования насыщена эмоциями и окружена всевозможными мифами. Под словом изнасилование обычно понимают половой акт, а между тем это прежде всего проявление ярости и силы. Его жертвами могут оказаться и мужчина и женщина, очень

молодые и очень старые, богатые, бедные, умственно отсталые, инвалиды и физически здоровые люди. Насильники, т.е. те, кто совершает насилие, также образуют очень разношерстную группу, не поддающуюся классификации или описанию.

Исторические данные

В далекой древности насилие было одним из способов добыть себе жену: мужчина брал в плен избранную им женщину и приводил ее в свое племя, после чего ему предстояло охранять свою собственность и свою честь, не допуская захвата или изнасилования своей жены другими мужчинами. По-видимому, так возникли первые законы, запрещающие изнасилование, которое рассматривалось как преступление против собственности или чести, но не против женщины (Brownmiller, 1975). Согласно кодексу Хаммураби - своду законов, установленных в Вавилоне почти 4000 лет назад, - изнасилование обрученной девственницы каралось смертью. Если же мужчина изнасиловал замужнюю женщину, виновными считались как насильник, так и его жертва; обоих топили в воде. Примерно такое же различие в наказаниях за насилие предусматривалось в Библии (Второзаконие, 22:22-28): замужнюю женщину, подвергшуюся насилию, считали соучастницей и приговаривали к смерти, так же как и насильника, но девственницу считали виновной только в том случае, если насилие над ней было совершено в городе: предполагалось, что на ее зов о помощи кто-нибудь откликнулся бы. Если же изнасилование происходило в поле, за городскими стенами, то девушку не убивали, так как никто не мог услышать ее крики. Если девушка была обручена, то насильника забивали камнями, а если нет, то принуждали его жениться на ней (по-видимому, мнение обо всем этом самой девушки никого не интересовало).

Впоследствии законы против насилия продолжали учитывать различные обстоятельства, в зависимости от которых это преступление оценивалось как более или как менее тяжкое. Наказание бывало серьезней, если женщина была девственницей или принадлежала к высшим слоям общества. В эпоху Вильгельма-завоевателя (1035-1087) человека, изнасиловавшего девушку из высшего круга, подвергали кастрации и выкалывали ему глаза. Однако вину устанавливали на поединке, а поэтому, если у жертвы не было заступника, готового рискнуть собственной жизнью, сражаясь с человеком, обвиненным в насилии, у нее не было возможности обосновать свою жалобу.

К XII в. такие поединки сменились судебными разбирательствами. Однако в глазах закона люди не были равны: человек благородного происхождения или рыцарь мог без особого труда обвинить в совершенном им насилии одного из своих людей и сохранить таким образом собственные глаза и шансы стать отцом. К концу XIII в. в английское законодательство об изнасиловании было внесено два дополнительных изменения: отменено разное отношение к изнасилованию девственницы и замужней женщины, а также применявшаяся ранее кара в форме непременной женитьбы на жертве насилия. За последующие семь веков законодательство в этой области не претерпело существенных изменений.

Несмотря на правовые нормы, насилие не всегда считалось недопустимым. Во время войн, как тысячи лет назад, так и до сих пор, победители насиловали женщин своих врагов. В некоторых литературных произведениях насилие даже описывалось в героических и романтических тонах. В США отношение общества к насилию довольно долго определялось социальным положением жертвы и насильника: например, в 1940-х и 1950-х годах на юге США белый мужчина, изнасиловавший черную женщину, редко привлекался к суду, однако с черным мужчиной, обвиненным в изнасиловании белой женщины, расправлялись быстро и жестоко. Даже сейчас в большинстве штатов мужчине

вряд ли предъявят обвинение в изнасиловании проститутки, а насильственный половой акт между мужем и женой не "считается" преступлением в 38 из 50 штатов.

За последние 15 лет внимание общества к проблеме насилия значительно повысилось. Немаловажная роль в этом принадлежит женскому движению. Благодаря действиям его активисток помощь, оказываемая жертвам насилия, существенно улучшилась. Сегодня в департаментах полиции почти всех крупных городов США имеются специальные группы (с участием женщин-полицейских), обученные работе с жертвами насилия; созданы десятки горячих линий и кризисных центров для срочной и длительной помощи; во многих больницах выделены специальные палаты и разработаны программы для лечения жертв изнасилования; судебная процедура и законы, касающиеся изнасилований, претерпели серьезные изменения.

Мифы об изнасиловании

Во многих мифах об изнасиловании ответственность за действия насильника возлагается на женщину (Gager, Schurt, 1976; Metzger, 1976): "женщины втайне желают быть изнасилованными и на самом деле получают при этом удовольствие". Под влиянием таких абсурдных утверждений один насильник представился своей жертве и дал номер своего телефона, чтобы она смогла "встретиться с ним" еще. В результате собственной глупости он был немедленно арестован. В основе этого мифа лежат несколько широко распространенных ложных представлений: "женщины считают мужчин, которые берут их силой, неотразимыми; фантазии женщин на темы насилия свидетельствуют об их сексуальных желаниях в реальной жизни; женщины одеваются и ведут себя вызывающе, чтобы разжечь мужчин, которые оказываются ни в чем не повинными жертвами специально подстроенных провокаций".

С этим мнением о женщине как о подстрекательнице тесно связана расхожая мысль "она лезла на рожон и получила по заслугам". С. Браунмиллер (S. Brownmiller, 1975) комментирует ее следующим образом:

Популярность представлений о том, что женщина соблазняет и дразнит мужчину, толкая его к насилию, или невольно провоцирует насилие неосторожным поведением, это часть дымовой завесы, которую устраивает мужчина, чтобы отвлечь внимание от собственных действий. Чувство незащищенности и вины укоренилось в женщинах так глубоко, что большинство жертв насилия мучительно стараются понять, что в их поведении, манерах или одежде могло вызвать то ужасное, что случилось с ними.

Многочисленные данные свидетельствуют о том, что жертвами насильников становятся женщины, кажущиеся им уязвимыми (например, гуляющие в одиночку, чувствующие себя неуверенно там, где они находятся), а не женщины, выделяющиеся яркими нарядами или манерой поведения (Grossman, Sutherland, 1982/83). Ложность мифа о "провоцировании" становится очевидной, если вспомнить, что жертвами насилия часто оказываются пожилые женщины или маленькие дети (Burgess etal., 1979; Davis, Brady, 1979). Кроме того, такая точка зрения переносит ответственность с преступника на его жертву, поскольку подразумевает, что во избежание сексуального насилия люди должны ходить в старой поношенной одежде.

Даже в наше время жертву часто "обвиняют" в том, что ее изнасиловали. Такое обвинение основывается не только на ложном представлении, что женщина сама подстрекает мужчину к насилию, в его основе лежит еще один миф, согласно которому женщину, если она сопротивляется, изнасиловать невозможно. В подтверждение такой точки зрения

обычно приводят две старые поговорки: "девушка с задранной юбкой может бежать быстрее, чем мужчина со спущенными штанами" и "нельзя вдеть нитку в убегающую иголку". Этот юмор совершенно не учитывает ужас, охватывающий жертву насилия, ее страх возможных физических травм, увечий и смерти, ее шоковое состояние и невозможность поверить, что все это происходит с ней. Даже если она не видит никакого оружия, может ли она быть уверена, что оно нигде не спрятано? Осознавая неизбежность изнасилования, многие женщины надеются, что если они "покорятся" напавшему на них мужчине, то им удастся избежать телесных повреждений и быстрее покончить со всем этим (Burgess, Holmstrom, 1976). Однако по иронии нашего законодательства этот разумный способ справиться с ситуацией наказуем: если жертва насилия не представит доказательства физического сопротивления (раны, синяки и т.д.), насильник может уйти от ответственности. Чтобы доказать, что произошло ограбление, никаких признаков борьбы не требуется.

Последний миф, о котором мы здесь упомянем (хотя существует множество других), это убеждение, что женщины часто предъявляют ложные обвинения в изнасиловании. Несомненно, бывают случаи, когда женщины делают это, руководствуясь какими-то скрытыми целями, однако полагать, что все женщины способны на такой поступок, все равно что считать их всех "исчадиями ада". Тем не менее в законодательство многих штатов включено положение, согласно которому для признания факта изнасилования (в отличие отдел о разбойном нападении или ограблении) необходимы показания еще одного лица, называемые подтверждающими (Gager, Schurr, 1976; Lasater, 1988).

Типы изнасилования



Цветы и записки на том месте в Центральном парке Нью-Йорка, где группа подростков в 1989г. зверски изнасиловала женщину. Этот случай привлек к себе внимание всей страны.

Принудительный секс - один из наиболее обычных типов изнасилования. При этом половой член вводится с применением силы или под угрозой ее применения. Существует несколько подтипов принудительного секса, однако большинство из них не имеют юридического определения. Чаще всего изнасилование осуществляется одним мужчиной, действующим в одиночку. В парном изнасиловании или групповом изнасиловании - особенно ужасающей форме изнасилования - участвуют двое мужчин или группа мужчин, иногда с соучастницей-женщиной, которая в порядке общей очереди также насилует жертву. Одна из, по-видимому, редких форм изнасилования - групповое изнасилование одного мужчины несколькими женщинами (Groth, 1979; Sarrel, 1980; Sarrel, Masters, 1981). Другой, более обычный, вариант - анальное изнасилование одного мужчины группой мужчин. Такое изнасилование среди гомосексуалов встречается редко и обычно происходит в тюрьмах, где в роли насильников выступают гетеросексуалы (Groth, 1979;

Вгаеп, 1980). Изнасилования двух других типов - изнасилование на свидании и супружеское изнасилование - достаточно сильно отличаются от других, и мы рассмотрим их более подробно.

Изнасилование на свидании и изнасилование знакомым

Сравнительно недавние опросы, проводившиеся в кампусах 32 колледжей, показали, что в год, предшествовавший этому мероприятию, была изнасилована одна из каждых 10 женщин и одна из каждых 6 женщин подверглась попытке изнасилования (Warshaw, 1988). В 57% случаев изнасилование произошло во время свидания, а в 84% случаев жертвы были знакомы с насильниками.

Случай, рассказанный женщиной в возрасте 21 года, типичен для такого рода изнасилований.

Это была наша вторая встреча с Джерри; мы пили, танцевали и нам было очень весело. Я согласилась зайти к нему домой с двумя другими парами. Мы выпили еще немного, потом те пары ушли, а мы с ним немножко пообнимались на его кровати. Когда я сказала, уже поздно и мне пора домой, он разозлился, повалил меня и изнасиловал. Он мне не причинил боли, но я была оскорблена тем, что он сделал это против моей воли. Однако я понимала, что не имеет смысла обращаться в полицию. (Из картотеки авторов)

О сходных случаях изнасилований на свиданиях сообщает Кейнин (Kanin, 1969).

Результаты других статистических исследований свидетельствуют о примерно такой же частоте изнасилований на свиданиях. Например, опрос 500 студентов Брауновского университета показал, что 16% женщин были изнасилованы либо мужчинами, с которыми они были просто знакомы, либо мужчинами, с которыми они регулярно встречались, а 11% мужчин признали, что они однажды принудили женщину к половому сношению (Sherman, 1985). При опросе более чем 7000 студентов из 35 колледжей было установлено, что на каждые 10 женщин одна подверглась изнасилованию на свидании (Sweer, 1985). В университете Южной Дакоты опрос показал, что одну из 5 женщин мужчины физически принудили к половому акту на свидании; очень сходные данные были получены в трех других университетах (American Medical News, 21 июня, 1985).

Установлено, что менее мужественные мужчины ведут себя со своими партнершами более агрессивно в сексуальном плане (Burke, Stets, Pirog-Good, 1988). Иными словами, расхожее представление о мачо - "мужественном, склонном к сексуальной агрессии мужчине" - это всего лишь миф.

Изнасилования на свидании в большинстве случаев не становятся известны полиции. Более того, многие женщины, подвершиеся насилию, даже не бывают уверены, что стали жертвой преступления. Во-первых, при этих изнасилованиях мужчины почти никогда не прибегают к оружию, а часто даже и к словесным угрозам. Во-вторых, многим женщинам трудно назвать то, что с ними произошло, изнасилованием, так как, по сложившемуся стереотипу, насильник - это бандит с чулком на лице, нападающий на женщину в темном переулке. Кроме того, жертвы изнасилования на свиданиях значительную часть ответственности за случившееся берут на себя, сомневаясь в собственной оценке событий, вместо того чтобы обвинять истинного виновника, т.е. насильника.

Если и существует нечто общее между жертвами изнасилования на свидании, так это недостаток жизненного опыта. Наиболее часто в такую ситуацию попадают студентки

университетов. Оказавшись вдали от родителей, они иногда плохо понимают как себя вести в незнакомой обстановке. Они могут слишком доверять мужчинам, с которыми встречаются, полагая, что свой товарищ-студент не станет обижать или использовать их. Это особенно очевидно в тех случаях, когда студентка заходит в комнату своего кавалера, не замечая его сексуальных намерений, осуществить которые вполне реально в такой ситуации.

Мужчины, совершающие изнасилование на свидании

Исследований о мужчинах, совершивших изнасилование на свидании, проведено немного. Некоторых мужчин, по-видимому, толкнуло на это традиционное представление о роли мужчины как сексуального агрессора, что приводит к неправильному истолкованию каких-то реплик или намеков со стороны женщины. Другие просто хотят "получить свое", полагая, что отношения мужчина-женщина это своего рода игра, в которой женщина "должна" расплачиваться сексом. Приведенные ниже высказывания трех мужчин, совершивших изнасилование на свидании по крайней мере по три раза, дают дополнительную информацию о разнообразии возможных мотивов таких поступков.

22-летний мужчина. Я никогда не воспринимал происшедшее как насилие. Мы просто ходили вместе в разные злачные места, развлекались, а когда дело доходило до секса, девушки становились несколько скованными, и я помогал им снять напряжение и расслабиться. Я уверен, что им это нравилось; ничего особенного не происходило. Я не преступник.

19-летний мужчина. Еще до того как мы вышли из дому, я уже решил, что возьму ее. Я захватил с собой немного травки и когда она начала курить со мной косячок, я понял, что дело сделано. Когда она сказала, чтобы я прекратил, я уже был на взводе и не очень думал о ней. Однако я никак не считал, что совершил насилие - я ведь не затаскивал ее в свою комнату с улицы.

20-летний мужчина. По-видимому, я принудил к сексу пять или шесть женщин, с которыми у меня были свидания. Когда это происходило, мне не казалось, что я совершаю насилие. Это была просто обычная игра между мужчиной и женщиной, в которой я выигрывал. Когда Сара подала на меня жалобу кампусным полицейским, я вначале посмеялся. Как она могла говорить, что я ее изнасиловал после того отчаянного флирта в библиотеке? А как она могла бы доказать что-то? Однако теперь я понимаю, что поступил неправильно, хотя в то время это не казалось мне дурным. Я просто чувствовал себя сильным и могущественным. Я не задумывался над тем, что чувствуют девушки. Наверное мне казалось, что для них это тоже игра.

Многие мужчины считают, что они никогда не насиловали женщин, потому что ошибочно представляют себе изнасилование как физически жестокое действие, совершенное незнакомцем (Parrot, 1988). Зачастую они не видят в принуждении партнерши к половому акту ничего предосудительного. Некоторые из этих мужчин охотно признаются, что склонили женщину к сексу, напугав ее или приведя в состояние алкогольного или наркотического опьянения. Многие признают, что "справились" с девушкой, проявив некоторую грубость (например, заломив ей руку или прижав к постели), но не считают это насилием. Другие добивались секса с подругой при помощи словесных угроз ("Ты завлекала меня - пришло время расплачиваться"). Все мужчины в приведенных выше примерах совершали изнасилования, хотя, возможно, они не отдавали себе в этом отчета.

Согласно недавнему опросу почти 3000 студентов колледжей, этой группой за прошедший год было совершено 187 изнасилований и 157 попыток к изнасилованию (Warshaw, 1988). Фактически один из 12 опрошенных изнасиловал (или пытался изнасиловать) женщину. Эти данные вызывают тревогу, но не удивление. Ведь в нашем обществе мужчины привыкли думать о сексе как о своего рода состязании, в котором они выигрывают "по очкам", даже если их партнерша не получает удовлетворения.

Восхищение большинства американцев "настоящими" мужчинами ("мачо") свидетельствуют о том, что насилие, агрессивность и грубость в сексе считаются нормой (Mosher, Tomkins, 1988).

По данным обзора, опубликованного в журнале "Мистер", 85% мужчин, совершавших изнасилования, были знакомы со своими жертвами, и в более, чем половине случаев это происходило на свиданиях. Кроме того, 84% мужчин упорно стояли на том, что это не было изнасилованием. В настоящее время не вполне понятно, чем вызвано такое расхождение в восприятии, ведущее к отказу признавать насилие насилием; возможно, что оно частично объясняется ложными представлениями мужчин о том, что такое изнасилование (Garren, Gooding, Senter, 1987; Margolin, Miller, Moran, 1989). Многие из них считают, что отправляясь на свидание женщина должны быть готова к тому, что оно может закончиться сексом. К такому выводу приводит ряд исследований, показывающих, что мужчины связывают больше сексуальных ожиданий с разного рода вечеринками и встречами, чем женщины (Abbey, Melber, 1986; Muehlenhard, Linton, 1987). Кроме того, как мужчины, так и женщины склонны считать изнасилование на свидании ситуацией, в которой женщина не смогла установить границы дозволенного, а не как ситуацию, в которой мужчина стал вести себя агрессивно (Bridges, McGrail, 1989).

Недавнее обследование студентов колледжей подтвердило сексуальную агрессивность мужчин в кампусах (Grindlinger, Byrne, 1987). 91% студентов утверждали, что им "нравится подчинять себе женщину", 80% говорили о том, что им "доставляет удовольствие побеждать в сексе", а 84% согласились с тем, что "некоторые женщины всем своим видом напрашиваются на изнасилование".

Безусловно в ряде случаев мужчина полагает, что он уговорил женщину совершить половой акт, однако на самом деле женщину вынудили к этому страх или угрозы (Estrich, 1987; Gordon, Riger, 1989). Например, парень, обычно совершенно не агрессивный, но слегка опьяневший от трех-четырех рюмок текилы, может считать, что своими ласками он привел женщину в состояние сексуального возбуждения, тогда как она чувствует себя крайне напутанной его физическим превосходством, его бравадой и железной рукой на своем запястье. Если она уступит ему, будет ли это изнасилованием на свидании или же сексом по обоюдному согласию?

Рассмотрим другой пример с несколько иными обстоятельствами: пара молодых первокурсников регулярно встречалась в течение всего года, и секс составлял существенную часть их отношений. Когда они вернулись после каникул, оказалось, что их чувства друг к другу поостыли. Однажды они пошли на вечеринку, посвященную началу учебного года, а после танцев вернулись в комнату молодого человека. Они слушали музыку и девушка согласилась заняться сексом, однако, оказавшись в постели, раздумала и сказала партнеру, чтобы он прекратил свои действия. Он решил, что она шутит и, прежде чем она успела сказать еще что-то и поскольку она не оказывала физического сопротивления, овладел ею. Девушка решила не отталкивать его, но почувствовала себя оскорбленной.

Как показывают эти примеры, в ряде случаев сексуальное поведение бывает окружено несколько туманными обстоятельствами. В первом из описанных случаев от слегка выпившего парня нельзя ожидать, что он способен уловить в настроении своей партнерши некоторую нерешительность; столь же несправедливо ожидать от нее понимания, что ее партнер на самом деле славный парень, у которого и в мыслях не было обидеть ее. Решить в этом случае, кто из них был виновен, непросто; некоторым людям может показаться, что виновны оба партнера. (Советы о том, как избежать таких недоразумений и как вести себя в подобных случаях, даны ниже в этой главе.)

Источником многих недоразумений, часто приводящих к изнасилованию во время свидания, является ложное представление о женщине как о существе, лишенном логики: "говоря нет, они имеют ввиду может быть, а говоря может быть имеют в виду да". В результате мужчина не принимает всерьез слова своей партнерши, поскольку интерпретирует их по-своему. Кроме того, утвердить себя в сексуальном плане мужчину часто толкает выпитый алкоголь и стремление "заработать очко" в соревновании со своей партнершей. Мало кто из мужчин понимает, что на самом деле они совершают противоправное действие. При опросе 71 студента, совершивших изнасилование на свидании, было установлено, что большинство из них сделали это, находясь в состоянии алкогольного или наркотического опьянения.

Особенно интересны результаты исследования, опровергающего представления о том, что мужчины, принуждающие женщину к сексу, поступают так ввиду своей неспособности найти себе согласных партнерш другими способами. Ю. Кейнин (Kanin, 1985) установил, что мужчины, признавшиеся в совершении изнасилований на свиданиях, за год, предшествовавший опросу, имели в среднем больше сексуальных контактов, чем члены контрольной группы того же возраста. Кейнин пришел к выводу, что изнасилования на свиданиях в значительной мере обусловлены процессом сексуальной социализации, в результате которой некоторые мужчины придают слишком большое значение достижению сексуальной "победы". Придя в возбуждение в результате некоитального сексуального общения с женщиной во время свидания, но не добившись своей конечной цели, они переходят границы, установленные партнершей, не считаясь с ее чувствами и желаниями. Нельзя сбрасывать со счетов и бытующее среди некоторых мужчин представление, что если они пригласили женщину на свидание и потратили на нее деньги, она просто не имеет права отказывать им в сексе.

Групповые изнасилования знакомыми

Не во всех случаях принудительного секса, совершаемого знакомыми мужчинами, участвует один насильник. О групповых изнасилованиях знакомыми людьми (как правило, это происходит на вечеринках) говорят мало, хотя это довольно распространенная форма полового насилия, особенно в университетских сообществах.

Изнасилования этого типа часто происходят после того как присутствующие на вечеринке довольно много выпили. Участвующие в этом мужчины обычно не считают происходящее насилием; с их точки зрения они нашли нимфоманку, которая прекрасно знает, на что идет.

Подходящие условия для группового изнасилования в кампусах создаются в спортивных командах, которые нередко живут вместе в общих спальнях. Президент одного университета, пожелавший остаться неизвестным, объяснил нам это следующим образом:

Во многих университетских кампусах спортивные звезды пользуются особыми привилегиями. В результате у них возникают извращенные представления о том, что можно, а чего нельзя. Неудивительно поэтому, что они рассматривают своих сокурсниц как групповую собственность и полагают, что все женщины обязаны им служить. Мужчине с такими взглядами получить от кого-то отказ - это позор.

В подобных ситуациях женщина, обращясь с жалобами к университетским властям, часто оказывается в весьма невыгодном положении. Во-первых, члены команды обычно объединяются, утверждая: "это ее слова против наших", а во-вторых, университетское начальство, желая замять некрасивую историю, может оказывать на жертву изнасилования давление, рекомендуя ей отказаться от своих обвинений (Carmody, 1989).

Мужчины как жертвы изнасилования на свидании

У изнасилований на свидании есть и другой аспект, которому обычно не уделяют внимания. Иногда его жертвами оказываются мужчины. Примеры использования женщинами физической силы с целью заставить мужчину совершить половой акт, немногочисленны, но они существуют.

Ларри был студентом первого курса одного из больших университетов Среднего Запада. Он не имел никакого сексуального опыта, что объяснялось главным образом его строгим религиозным воспитанием. Ларри был убежден, что не должен вступать в половую связь ни с кем, кроме той, на которой собирается жениться, и поэтому был девственником. Хотя у него время от времени бывали свидания с девушками, он не придавал им значения, так как все его внимание было сконцентрировано на учебе. В первом семестре он начал встречаться с Сандрой, она нравилась ему все больше и больше. Однажды вечером они были вместе, и Сандра стала настаивать на том, чтобы заняться сексом. Ларри отказался, она начала насмехаться над ним и называть его геем. Чем больше он протестовал, тем сильнее она настаивала, чтобы он "доказал" обратное. В конце концов, когда Сандра пригрозила, что расскажет всем его друзьям, что он гомосексуал, он сдался. (Из картотеки авторов)

Вряд ли можно сомневаться, что мужчины, ставшие жертвами изнасилований на свиданиях, еще менее, чем изнасилованные женщины, склонны обращаться к университетским властям или в полицию. Загоняя вглубь душевную травму, лишенные возможности хотя бы поделиться с друзьями, некоторые из них впадают в глубокую депрессию. Все это в еще большей мере относится к случаям изнасилования мужчины другим мужчиной или группой мужчин, т.е. к гомосексуальному насилию (Вгаеп, 1980). Любой изнасилованный мужчина, обратившись в правоохранительные органы, столкнется с трудностями, поскольку полицейским трудно поверить, что жертва тем или иным способом не дала повода подумать, что она согласна (Gross, Sutherland, 1982/83).

Супружеское изнасилование

Супружеское изнасилование встречается, вероятно, гораздо чаще, чем изнасилование на свидании, однако в настоящее время только в 12 штатах США мужчине может быть предъявлено такого рода обвинение. В законах об изнасиловании муж обычно не фигурирует, поскольку согласие жены на брак служит твердым доказательством ее согласия на половые отношения. Интересно отметить, что брак не освобождает человека от осуждения за другие физические проявления жестокости по отношению к супруге.

Супружеское изнасилование, по-видимому, встречается гораздо чаще, чем считалось прежде. В одном исследовании об этом сообщала одна из восьми опрошенных женщин (Ressell, 1982). По другим данным, частота супружеского изнасилования еще выше, просто многие женщины либо не хотят сообщать о том, что мужья принуждают их к сексу, либо не считают это настоящим насилием, хотя в некоторых случаях жертва не только чувствует себя оскорбленной, но и бывает избита. Довольно часто причиной супружеского изнасилования является не отказ жены выполнить супружеский долг, а желание мужа подавлять и властвовать над ней (Frieze, 1983).

Один из самых печальных аспектов супружеского насилия состоит в том, что жертве трудно забыть о пережитой травме; кроме того, женщина не может быть уверена в том, что этот ужас когда-нибудь не повторится. Вот что пишет об этом одна 33-летняя женщина:

Когда он злится, то тащит меня в спальню и заставляет заниматься сексом. Он говорит, что это в наказание. Я давно поняла, что мое сопротивление только разжигает его; я оказываюсь в синяках и кровоподтеках. Поэтому я теперь не сопротивляюсь, только никак не пойму, почему это издевательство кто-то называет любовью. (Из картотеки авторов)

Как женщине избежать изнасилования

Существует немало способов, уменьшающих вероятность изнасилования на свидании или знакомым. Важно помнить, однако, что предусмотреть все обстоятельства невозможно, а поэтому не следует обвинять себя, если это все-таки произошло с вами.

Приводимые здесь советы могут помочь не только женщинам, но и мужчинам, поскольку и они иногда оказываются жертвой насилия.

1. Ясно выскажите своему партнеру, насколько далеко вы намерены зайти в сексуальном плане. Вы имеете право отказаться от любой формы сексуальной активности, однако если вы не объясните это своему партнеру достаточно четко, у него могут оставаться сомнения относительно ваших желаний. Если вы чувствуете или ведете себя неуверенно, это не добавляет вам женственности, загадочности или игривости, а лишь дает повод вашему партнеру начать гадать, чего вы хотите, причем его догадка может оказаться ошибочной.

2. Избегайте людей, обращающихся с вами плохо или старающихся подчинить вас себе. Психологи пришли к выводу, что существуют определенные типы мужчин, от которых с большей вероятностью можно ожидать сексуальных посягательств на женщину. Не оставайтесь наедине с мужчинами, обладающими перечисленными ниже характеристиками:

Задира и хвастун.

Безжалостный человек, способный оскорблять других людей и издеваться над ними.

Безрассудный, склонный к импульсивным поступкам.

Физически груб всегда и во всем.

Много пьющий или употребляющий наркотики.

Склонный к вспышкам гнева или ревности, особенно если не может настоять на своем.

Часто унижает женщин и относится к ним как к инструментам для секса.

Не считается с вашим мнением, касается ли оно секса, алкоголя, распорядка дня или любой другой сферы.

Считает, что законы созданы для того, чтобы их нарушать (проявляется ли это в жульничестве, нарушениях правил уличного движения или обмане телефонной компании).

3. Сдержанность и трезвая голова - ваши главные союзники, если речь идет о вашей личной безопасности. Как отмечает Уоршоу (Warshaw, 1988): "Ваш лучший шанс удержать ситуацию под контролем - не упускать из виду ничего из происходящего вокруг вас". Многие мужчины, готовясь совершить насилие, пытаются склонить партнершу к сексу при помощи алкоголя или наркотиков. Они понимают, что женщину, находящуюся в состоянии слабого, а тем более сильного алкогольного или наркотического опьянения, легче подчинить себе. Все реакции у нее замедлены, способность формулировать мысли ослаблена; в результате она может неосознанно подать своему партнеру сигнал о том, что она не возражает против его намерений.

4. Избегайте мест, провоцирующих возможного насильника. К ним относятся укромные уголки на природе, пустынные пляжи в ночное время или квартиры малознакомых людей. Обычно изнасилование знакомым происходит на квартире насильника или жертвы (Parrot, 1988). (Если вы пригласите своего кавалера зайти в вашу квартиру или дом, где больше никого нет, он может воспринять это как приглашение к сексу.) Если вы оказались в одной из таких ситуаций и ощущаете опасность, выходите из помещения как можно скорее.

5. Подумайте о том, как вы будете защищаться ДО возникновения каких-либо проблем. Можно записаться на курсы самообороны, чтобы быть уверенной, что в любой ситуации вы постоите за себя; можно всегда иметь при себе деньги на такси или автобус, если вам придется неожиданно расстаться с партнером; если вы едете в незнакомое место, узнайте как выбраться оттуда.

6. Остерегайтесь двусмысленных высказываний о сексе. Ниже приводится несколько разумных советов от специалиста по проблеме изнасилования д-ра А. Парро из Корнельского университета.

Когда вы решите, чего именно вы ждете от предстоящего свидания, вы должны ясно изложить это своему партнеру. Если вы действительно не хотите заниматься с ним сексом, не говорите, что вы хотите просто дружить, разрешая ему в то же время расстегивать вашу блузку. Не говорите ему, что вы не хотите заниматься сексом, потому что у вас нет с собой никаких противозачаточных средств, - у него может найтись презерватив. Если вы не хотите секса, скажите об этом прямо, например так: "Я не ложусь в постель на первом свидании" или "Я подожду до свадьбы". Если вы скажете: "Я не хочу заниматься сексом прямо сейчас", он может решить, что через пять минут будет как раз вовремя" (Parrot, 1988).

7. Самое главное - доверяйте своему инстинкту. Если вы на первом свидании ощущаете неприятные вибрации, исходящие от мужчины, если он "лапает" вас, не обращая внимания на ваши протесты, если он упорно разыгрывает "мачо" или вообще слишком груб и неотесан, не тяните время. Постарайтесь под любым удобным предлогом закончить свидание. Скорее всего это спасет вас от неприятностей.

Как вести себя мужчине, чтобы не оказаться в роли насильника

Ниже изложны некоторые советы, которые могут помочь мужчине избежать непреднамеренного изнасилования на свидании (Parrot, 1988; Warshaw, 1988).

Никогда не принуждайте женщину к сексу, используя силу, даже если вы думаете, что она толкает вас к этому, даже если она имела сексуальные отношения с кем-то из ваших знакомых или даже если раньше занималась сексом с вами.

Когда бы партнерша ни сказала "Нет", немедленно прекращайте свои действия. Если вы не уверены в истинном смысле ее слов (говоря "Нет" она может продолжать целовать вас), задайте ей прямой вопрос, не пытайтесь угадывать.

Не заставляйте свою партнершу заниматься сексом. Ваши, как вы считаете, ласковые уговоры могут показаться ей угрозами. Если она уступает, потому что чувствует свою беззащитность и напугана, то это безусловно принудительный, недобровольный секс.

Не ставьте своей основной целью овладение женщиной. Зарабатывать очки уместно в гольфе или футболе, а не в отношениях между людьми. Отношение к сексу как к своего рода соревнованию, где есть победители и побежденные, может быть признаком того, что вы ближе к изнасилованию, чем вам кажется.

Женщину нельзя рассматривать как предмет потребления. У вас нет "права" на секс как на своего рода плату за хорошо проведенное время. Ваша партнерша ИМЕЕТ право сама решать, когда ей вступать с вами в интимные отношения и хочет ли она этого вообще.

Женщина, находящаяся в состоянии опьянения, не может дать юридически значимого согласия на секс. Если вы верите в мифы о пьяной женщине, которая просит, чтобы ее изнасиловали, то вы ошибаетесь. То же самое относится к женщине, находящейся в состоянии наркотического опьянения.

Алкогольное или наркотическое опьянение с точки зрения закона не может быть использовано защитой при обвинении в изнасиловании. Неспособность контролировать свои действия в результате опьянения не освобождает вас от ответственности за свои действия как в уголовном, так и в гражданском порядке, точно так же, как не освобождает вас от ответственности за автомобильную аварию или ограбление.

Не "присоединяйтесь" к своему приятелю, если он предлагает вам заняться сексом с его партнершей. Если у вас нет абсолютной уверенности, что она дала полное и добровольное согласие на ваше участие, вы на самом деле можете оказаться соучастником преступления. Лучше проявить осторожность, чем быть привлеченным к уголовной ответственности.

Незнание закона не может служить оправданием. Если вы не понимаете, что совершили изнасилование, это не освобождает вас от уголовной или моральной ответственности и, конечно, не может заставить вашу партнершу забыть удар, нанесенный ее чувствам. Помните о последствиях своего сексуального поведения.

Изнасилование мужчин женщинами

Для того чтобы представления о принудительном сексе были полными, необходимо признать, что мужчины также могут оказаться жертвами насилия. Имеется немало сообщений об изнасилованиях мужчин другими мужчинами в форме анального секса; чаще это происходит в тюрьмах (Groth, Burgess, 1980; Sagarin, 1976; Money, 1981; Scacco, 1982). Однако до самого недавнего времени мало кто представлял себе, что мужчины могут быть в буквальном смысле слова изнасилованы женщинами.

Саррель и Мастере (Sarrel, Masters, 1982) достоверно описали 11 случаев сексуального нападения женщин на мужчин, в том числе ряд случаев, в которых женщины принуждали мужчин к половому сношению. Мы приводим здесь краткое описание несколькими из них.

Женщина связала 23-летнего мужчину, а затем, угрожая ему скальпелем, вынудила к половому сношению.

Две черные женщины заставили 37-летнего женатого мужчину совершить с ними половой акт, угрожая ему пистолетом.

27-летний водитель грузовика познакомился с женщиной и решил провести с ней ночь в мотеле. Проснувшись утром, он обнаружил, что рот его заткнут кляпом, на глазах повязка, а руки привязаны к кровати. Четыре женщины, угрожая кастрировать его, если он не будет достаточно активен, принудили мужчину вступить с ним в половой акт. Он чувствовал прикосновение ножа к своим половым органам. Мучения продолжались более суток, в течение которых его многократно принуждали к совокуплениям.

Конечно, во многом эти примеры отражают как в зеркале то, что происходит при изнасиловании женщин мужчинами. Одно из наиболее примечательных выявившихся при этом обстоятельств состоит в том, что несмотря на охвативший этих мужчин страх, они сохраняли способность к сексуальной активности. Это в известной степени позволяет понять тот факт, что некоторые женщины при изнасиловании в какой-то мере испытывают половое возбуждение (например, увлажнение влагалища, оргазм). Ни в том, ни в другом случае физическая реакция не означает, что жертва получает удовольствие; тем не менее женщины, проявившие сексуальную активность при изнасиловании, часто чувствуют себя виноватыми.

Многие мужчины, так же как и женщины, оказавшиеся жертвами насилия, испытывают впоследствии сексуальные проблемы. Они ощущают себя не вполне нормальными из-за своей реакции при изнасиловании и считают, что они не соответствуют критериям "мужественности".

Неловкость, испытываемая мужчинами, которых изнасиловали женщины, а также убеждение, что полиция не поверит их рассказам, приводит к тому, что о преступлениях такого рода почти ничего не известно. Лишь немногие мужчины обращаются к врачам по поводу возникших в результате насилия сексуальных проблем, большинство предпочитает не делиться ни с кем своими чувствами и переживаниями по этому поводу. Вот почему мы считаем очень важным, чтобы широкие слои населения имели представление об этой форме сексуальной агрессии.

Изучение поведения жертвы

Изнасилование - это акт жестокости и унижения, при котором жертва испытывает страх за свою жизнь, а также полную беспомощность; по силе воздействия на психику оно превосходит многие другие события в жизни человека (Hilberman, 1976, с. 437).

Изнасилование - это преступление против личности, а не против девственной плевы (Metzger, 1976, с. 406).

Вы должны перестать чувствовать себя жертвой изнасилования. Человек, который изнасиловал вас, сделал это не для того, чтобы получить сексуальное удовольствие, а для того, чтобы получить власть над вами. И если вы даете ему ощущать эту власть до конца вашей жизни, то он действительно выиграл. Множество женщин остаются жертвами до конца жизни. (Высказывание анонимной жертвы изнасилования, опубликованное в газете Globe Democrat, издаваемой в Сент-Луисе, 20 марта 1983.)

По статистике ФБР, в США в 1981 г. было зарегистрировано 82 000 изнасилований (FBI Uniform Crime Report, 1982). По мнению руководителей правоохранительных органов, это лишь небольшая доля сексуальных преступлений, ежегодное число которых, возможно, превышает полмиллиона (Brownmiller, 1975; Gager, Schurr, 1976; Nadelson, 1977). По одной оценке, каждую шестую женщину хотя бы раз в жизни пытались изнасиловать, а одна из 24 стала жертвой изнасилования (Nelson, 1980). В свете такой статистики особенно важно понять действие, оказываемое изнасилованием на испытавшего его человека.

Медицинские аспекты

Жертва изнасилования, независимо от возраста, пола и эмоциональной реакции на случившееся, нуждается в медицинской помощи. Часто изнасилование сопровождается физическими травмами, требующими немедленного вмешательства. Кроме того, необходимо сделать анализы на ЗППП, которыми он или она могли заразиться, и, возможно, заняться их лечением. Женщинам надо провести тест на беременность и информировать их о существующих способах справиться с этим (применение средств, предотвращающих имплантацию, аборт).

Наконец, с согласия потерпевшей, может быть проведено медицинское освидетельствование, чтобы подготовить материалы для возбуждения уголовного дела. Поэтому, если женщина собирается обратиться в суд, ей не следует принимать ванну или душ, прежде чем ее не осмотрит врач.

Правовые аспекты



Нэнси Зигенмейер в 1990 г. поразила читателей Des Moines Register, добровольно рассказав во всех подробностях о том, как ее изнасиловали. Большинство газет США не указывает имена изнасилованных женщин, чтобы оградить их от вмешательства в их частную жизнь, однако некоторые считают, что подобная практика создает поддержку тем, кто "сваливает вину на жертву" и относятся к этому иначе.

Перед жертвами насилия всегда встает вопрос: сообщать о случившемся в полицию или нет. Многие женщины отказываются от подачи жалобы по одной из следующих причин или по всем сразу: 1) из-за боязни мести со стороны насильника, которого могут отпустить под залог; 2) из-за ощущения бесполезности обращения в суд ("его все равно не поймают"); 3) из-за страха перед оглаской; 4) из-за опасения плохого отношения со стороны полиции и адвокатов ответчика; 5) из-за давления со стороны одного из членов семьи, возражающего против обращения в полицию; 6) а в некоторых случаях из-за нежелания отправить в тюрьму знакомого или родственника. Кроме того, жертва изнасилования на свидании может опасаться враждебного отношения к себе общих друзей, а в случае супружеского изнасилования - социальных и экономических последствий, если мужа осудят и отправят в тюрьму.

Все эти волнения в общем не лишены оснований. Нередко полицейские действительно поднимают на смех женщину и задают ей унизительные вопросы, вроде: "Получили ли вы удовольствие?", или "Очень ли вы любите секс?" Как отмечают Гейджер и Шур (Gager, Schurr, 1976), "подобные вопросы не имеют никакого отношения к поискам насильника и вызваны обычным любопытством или способом косвенного удовлетворения половых потребностей полицейского". Вдобавок во многих случаях жалобы об изнасиловании не доходят до суда, даже если насильник известен: окружной прокурор может просто решить, что жалоба недостаточно обоснована (Brownmiller, 1975; Gager, Schurr, 1976).

Если личность насильника установлена и дело доведено до суда, сам суд может превратиться для жертвы в тяжкую пытку. Очень часто женщина начинает чувствовать, что судят ее, а не обвиняемого. Адвокат защиты может попытаться доказать, что она дала согласие на сексуальную активность; если она сообщила об изнасиловании позднее, чем через несколько часов, могут быть выражены сомнения о ее мотивах и правдивости; если она приняла душ и переоделась, то станут говорить о недостаточности улик; а в некоторых случаях начинают задавать вопросы о ее сексуальном поведении в прошлом, исходя из предположения, что если у нее было много половых партнеров, то все произошло с ее согласия и не было изнасилованием (Slovenko, 1973; Brownmiller, 1975).

К счастью, в последнее время в процедуре полицейских расследований (Moody, Hayes, 1980) и в судебном процессе (Lasater, 1980) по делам об изнасилованиях происходят некоторые изменения. Во многих штатах адвокатам защиты запрещено касаться на суде сексуального поведения женщины в прошлом, и женщины не должны "доказывать", что пытались сопротивляться, демонстрируя физические травмы. Полицейские также стали более деликатно обращаться с жертвами насилия. В большинстве городов США делами об изнасиловании занимаются люди, прошедшие специальную подготовку.

К сожалению, несмотря на эти успехи, результаты судебных процессов по делам об изнасилованиях все еще слишком сильно зависят от субъективных факторов. Недавние исследования показали, что в США судьи гораздо больше поверят в насилие, если женщина выглядит скромной и добропорядочной. В этом исследовании, основанном на интервью с 360 судьями, проведенными сразу после заседаний, в которых рассматривались дела об изнасилованиях, Б. Рескин, профессор сексологии Мичиганского университета и ее коллеги установили, что если судьи сомневались в "моральных качествах жертвы, то они были гораздо более склонны голосовать против осуждения обвиняемого. Судьи гораздо охотнее верили тем жертвам, которые были замужем и на которых нападали в их собственных домах. И, напротив, если жертва была сексуально активна и морально "распущенна", например имела внебрачного ребенка или курила марихуану, судьи вполне могли не принимать ее свидетельства всерьез. Более того, если обвиняемый в изнасиловании был респектабельным и интересным мужчиной, которому нетрудно привлечь женщину, суд охотнее верил ему. Несмотря на то что во многих штатах адвокатам защиты теперь запрещено задавать жертвам изнасилования вопросы об их сексуальной жизни, женщины все еще подвергаются этой пытке во время дачи свидетельских показаний; при этом адвокаты часто задают вопросы, прекрасно зная, что хоть они и будут отклонены, но тем не менее успеют заронить зернышко сомнения в умы судей. На одном процессе, упоминаемом в исследовании Рескин, "женщину, изнасилованную в ее собственном доме в 2 часа дня, когда она спала, адвокат защиты спросил, был ли на ней бюстгалтер".

Последствия изнасилования



Жертва изнасилования в больничной палате. Многие сотрудники больниц и полицейские проходят специальную подготовку для оказания помощи в подобных случаях.

Психологическое воздействие изнасилования может быть очень глубоким и длиться многие годы. Жертвы насилия вначале испытывают чувство одиночества, беспомощности и полной растерянности (Metzger, 1976; Hilberman, 1978). Сильнейший стресс, переживаемый женщинами, укладывается в некую общую схему (Sutherland, Scherl, 1970; Burgess, Holmstrom, 1974; Norman, Nadelson, 1970; Warner, 1980).

Острый период обычно продолжается от нескольких дней до нескольких недель. Жертва испытывает шок, страх, отказывается верить в случившееся, пребывая в полном смятении. У женщин, которые в состоянии говорить о своих переживаниях, часто проявляются чувство вины, стыд, гнев и возмущение. Другие, способные контролировать себя, внешне спокойны, что может означать либо стремление овладеть собой, либо отрицать реальность случившегося.

За этой фазой обычно следует посттравматический "откат", который может продолжаться несколько недель или месяцев. Жертва пытается справиться с собой и с ситуацией, в которую она попала. Внешне может показаться, что с происшествием покончено. Она старается наладить отношения с родными и друзьями, возвращается к повседневным делам и пытается быть веселой и раскованной. Но глубоко внутри сидит страх, неверие в собственные силы и боль по поводу случившегося.

Заключительная фаза (процесс восстановления и выздоровления) значительно варьирует по длительности в зависимости от возраста, индивидуальности, степени поддержки окружающих. В этот период обычны наплывы в памяти сцены насилия и ночные кошмары. Женщине страшно оставаться одной, она испытывает подозрительность ко всем мужчинам. Чтобы справиться с этими страхами и депрессией, могут потребоваться консультации психолога или психотерапия.

В одном исследовании, основанном на интервью женщин спустя 2 года после изнасилования, три четверти опрошенных сообщили об изменениях в своей жизни, которые они прямо связывали со случившимся (Nadelson et al., 1982). Почти половина женщин говорили об испытываемом страхе, беспокойстве или симптомах депрессии; многие жаловались на беспокойный сон, ощущение уязвимости, боязнь выходить на улицу без сопровождения даже днем. Самым частым симптомом, сохранявшимся у этих женщин спустя почти два года после изнасилования, была подозрительность, распространявшаяся на всех людей.

Некоторые женщины, подвергшиеся насилию, избегают любых сексуальных или социальных отношений с мужчинами. Другие ведут себя прямо противоположным образом.

После того, как меня изнасиловали, сексуальные отношения с мужем превратились в простой ритуал. Секс уже не имел для меня никакого значения. Я чувствовала себя покинутым домом. Пустым. Войти в него мог бы кто угодно. (Metzger, 1976).

Женщины, подвергшиеся изнасилованию, сталкиваются с множеством сексуальных проблем (Masters, Johnson, 1970; Becker et al., 1983, 1986). Сексуальная аверсия и вагинизм - наиболее тяжелые последствия изнасилования; у некоторых женщин наблюдается снижение полового влечения, утрата чувствительности гениталий, болезненность при половом акте и аноргазмия (Kolodny, Masters, Johnson, 1979). В одной работе отмечается, что хотя через год после изнасилования некоторые жертвы могут заниматься сексом с такой же частотой, как женщины, не подвергавшиеся изнасилованию, получаемое ими половое удовлетворение значительно понижено (Feldman-Summers, Gordon, Meagher,

1979). В другом исследовании было установлено, что у половины из 372 женщин, перенесших изнасилование или инцест, развивались половые дисфункции, выражавшиеся в боязни секса, понижении сексуального влечения и затруднении с достижением сексуального возбуждения, которые они объясняли тем, что с ними случилось (Becker et al., 1983, 1986). Половые дисфункции могут возникнуть также у мужа или полового партнера изнасилованной женщины. Довольно обычны нарушения эрекции, а также понижение у мужчин полового влечения, вызванного отвращением к партнерше.

Партнер изнасилованной женщины нередко тоже испытывает психологический кризис, проявляющийся в шоке и чувстве вины (Orzek, 1983). Он может стать чрезмерно заботливым или погрузиться в мысли об отмщении. Некоторые мужчины в такой ситуации, стараясь показать, что их любовь осталась неизменной, склоняют женщину к сексу, не понимая, что только она сама, исходя из собственных чувств и реакций, может решить, когда возобновлять половую жизнь (Burgess, Holmstrom, 1979).

В этот период женщине особенно нужна готовность мужчины к откровенному разговору, его терпение и сочувствие. Если у данной пары есть дети, это проблема, вероятно, коснется и их, причем "то, что воображают дети, обычно бывает для них страшнее, чем знание правды". Помощь взрослых в этой ситуации им необходима. (Grossman, Sutherland, 1982/83).

Консультации психолога могут понадобиться и мужчине, поскольку именно он в этот период служит главной поддержкой для жены или партнерши" (Crenshaw, 1978; Orzek, 1983).

В настоящее время остается неясным, как женщина, подвергшаяся изнасилованию, справляется со всеми этими проблемами. Многим помогает общение с психологом, другие предпочитают справляться самостоятельно, однако до получения более обширной информации нельзя утверждать, что адаптация в этом случае проходит успешно.

Насильник

Сведения о насильниках получены нами при опросе мужчин, осужденных за такого рода преступления. Эти данные нельзя распространять на всех насильников, поскольку среди заключенных по этой статье преобладают представители низших слоев общества (для них вероятность предстать перед судом выше, чем для представителей более обеспеченных слоев). Кроме того, многие интервью проводились спустя месяцы или даже годы после совершения преступления, так что преступник вряд ли мог точно припомнить подробности своих действий.

Суммировав результаты ряда исследований (Amir, 1971; Rada, 1978; Groth, 1979; Wolfe, Baker, 1980; Kruttschnitt, 1989), мы выделили несколько признаков, общих для осужденных насильников:

85% уже отбывали срок

80% не имеют среднего образования

75% моложе 30 лет

70% холостые

70% не были знакомы со своими жертвами

60% принадлежат к расовым меньшинствам

55% страдали алкоголизмом или совершили насилие в пьяном виде

35% в прошлом имели судимость за изнасилование

Однако не все осужденные насильники похожи друг на друга. Их мотивация к насилию, а также способы поисков жертвы и преодоления ее сопротивления достаточно разнообразны.

В некоторых случаях насильник методически совершает целый ряд тщательно спланированных нападений. Такие насильники не всегда оказываются психически неполноценными людьми. Например, д-р Э.Ф. Джексон, уважаемый всеми в округе врач и один из членов совета директоров больницы, был осужден за 20 изнасилований, совершенных им в течение 7 лет, и признался еще в 15 других изнасилованиях (Facts on File, 18 сентября 1983). Джексон, хранивший в своей машине список изнасилованных им женщин с указанием дат преступления, был приговорен к 665 годам заключения. Получивший широкую огласку случай Теда Банди, бывшего студента-правоведа, обвиненного в изнасилованиях и убийствах ряда женщин и впоследствии казненного, также свидетельствует, какими "респектабельными" могут казаться некоторые насильники (Michaud, Aynesworth, 1983).

Другие насильники действуют импульсивно, по-видимому, не готовясь к своему акту заранее. В Колтоне (Калифорния) 40-летний мужчина, обнаружив на пустыре за собственным домом четырех подростков, насилующих 12-летнюю девочку, согласно сообщению полиции, по-видимому, присоединился к ним (Нью-Йорк Тайме, 23 марта 1983). А в 1983 г. внимание всей страны привлек случай с 21-летней женщиной, остановившейся у бара в Нью-Бедфорде (Массачусетс), чтобы купить сигареты; она была захвачена группой мужчин, которые жестоко насиловали ее на протяжении нескольких часов. При этом другие посетители бара стояли вокруг и смеялись, подбадривая насильников, но никто не попытался вызвать полицию (Нью-Йорк Тайме, 17 марта 1983). Этот случай лег в основу фильма "Обвиняемый" с Джоди Фостер в главной роли.

Главный вывод, который был сделан в результате этих исследований, заключался в том, что насильники - это вовсе не гиперсексуальные мужчины, а преступление они совершают не для удовлетворения сексуального желания, а для демонстрации силы (Burgess, Holmstrom, 1974; Brownmiller, 1975; Hilberman, 1976; Groth, Burgess, Holmstrom, 1977). Весьма показательно, что большинство насильников способны найти добровольных половых партнеров (Groth, 1979; Капп, 1979; Estrich, 1987). Это не означает, что насилие не имеет сексуального аспекта или мотивации; однако в любом изнасиловании агрессивные компоненты настолько преобладают, что сексуальность самого акта отходит на второй план (Tollison, Adams, 1977).

Грос, Берджес и Холмстром (Groth, Burgess, Holmstrom, 1977) - психолог, медицинская сестра и социолог - изучали 133 насильника и 92 жертвы насилия, чтобы лучше понять динамику развития всего этого процесса. Они пришли к выводу, что акт насилия может совершаться совершенно хладнокровно (при этом преступник угрожает жертве оружием или силой, а изнасилование для него является средством убедить себя в собственной силе и сексуальной полноценности) или в состоянии ярости и гнева. К насилию такого типа часто побуждает желание отомстить и наказать, направленное не против данной жертвы, а

против женщин вообще. Такое изнасилование не приносит большого сексуального удовлетворения или не дает его вообще; при этом у насильников могут возникнуть затруднения с эрекцией или с эякуляцией.

Грос, Берджес и Холмстром позднее описали третий тип - садистское изнасилование, при котором сексуальность и агрессивность сливаются и главным источником удовлетворения, получаемого насильником, становятся страдания, испытываемые жертвой (Groth, 1979). Жертву садистского изнасилования подвергают мучениям или умышленно наносят ей травмы, прижигая сигаретой, кусая или избивая. В экстремальных случаях садистское изнасилование заканчивается садистским убийством с нанесением жертве чудовищных увечий. По оценкам Гроса (Groth, 1979), садистские изнасилования составляют 5%, изнасилования в состоянии ярости - 40%, а хладнокровные - 55%.

Дополнительные сведения о психологическом образе насильника дали два других исследования (Abeletal., 1977; Barbaree, Marshall, Lanthier, 1979). В каждом из них группу насильников сравнивали с контрольной группой мужчин, не совершавших изнасилований, оценивая у них эрекцию при прослушивании сцен изнасилования и секса при обоюдном согласии партнеров. Как показали оба исследования при прослушивании сцен изнасилования, у насильников происходила эрекция, а у мужчин из контрольной группы этого не наблюдалось. При прослушивании второй пленки реакция обеих групп была одинаковой. Интересно отметить, что прослушивание записей о насильственном или жестоком сексе не вызывало у насильников более сильного возбуждения, чем сцен добровольного секса. Эти данные позволяют считать, что у ненасильников, возможно, имеются внутренние регуляторы, например страх или способность поставить себя на место жертвы, которые подавляют возникновение возбуждения при описаниях изнасилований, тогда как насильники либо лишены таких регуляторов, либо научились подавлять их. Следует отметить, однако, что эти исследования основаны на изучении лишь небольшой группы преступников, и остается неясным, можно ли придавать этим выводам более широкое значение.

Неясно также, соответствуют ли описанные выше особенности мотивациям и развитию событий при изнасилованиях на свиданиях. В этих последних, возможно самых распространенных изнасилованиях главным фактором может быть стремление к сексуальному удовлетворению, хотя фактор силы, вероятно, также присутствует. В этой области необходимы дальнейшие исследования.

Мужская половая дисфункция во время изнасилования

Как показало одно очень интересное исследование 170 осужденных насильников, при попытках изнасилования часто возникает половая дисфункция (Groth, Burgess, 1977). После того как были отброшены 69 случаев, по которым не удалось оценить половую фукнцию из-за успешного сопротивления жертвы или прерванного нападения, остались 100 случаев; из них у 27 мужчин наблюдалось нарушение эрекции, у 5 - преждевременная эякуляция и у 26 - нарушение эякуляции.

Из этих данных вытекают два важных следствия. Во-первых, они подверждают мнение, что сексуальное желание нельзя считать главным фактором, побуждающим к насилию. Среди обследованных насильников у 58% отсутствовали либо влечение, либо эрекция. Нарушение эякуляции встречается у мужчин в целом довольно редко, и его высокая частота среди насильников может означать, что озабоченность демонстрацией силы или ярости подавляет их сексуальную активность. Кроме того, выявилось еще одно очень важное обстоятельство. В некоторых случаях показания пострадавшей отвергались, если у

нее не были обнаружены следы спермы. Полученные данные позволяют привлечь к ответственности насильников, которые раньше могли быть оправданы: многие мужчины не эякулируют во время изнасилования, а в других возможна преждевременная эякуляция еще до того, как они прикоснутся к жертве.

Лечение насильников

Изнасилование - это преступление, а не заболевание, поэтому большинство осужденных насильников отправляют в тюрьму. Часто не делается никаких попыток к перевоспитанию насильника; тюремный срок рассматривается просто как наказание. Неудивительно, что примерно три четверти осужденных повторяют свое преступление.

Делались попытки организовать психологические консультации для людей, осужденных за изнасилование, но они не дали ощутимых результатов. Проблема состоит в том, что по утверждениям самих насильников, только психотерапия не подавляет внутреннее стремление к изнасилованию. Недавно были предприняты попытки сочетать психотерапию с медикаментозным лечением препаратом Депо-Провера (медроксипрогестерон-ацетат, МПА). Использование данного препарата приводит к заметному понижению содержания тестостерона в крови, что в свою очередь сильно ослабляет сексуальное влечение и агрессивность данного мужчины. Это дает возможность психотерапевтам оказывать ему более действенную помощь, переориентируя его сексуальные и агрессивные импульсы, хотя такой эффект сохраняется лишь до тех пор, пока продолжается прием МПА.

Д-р Ф. Берлин из Университета Джона Хопкинса, впервые применивший МПА для лечения насильников, утверждает, что из 20 человек, принимавших этот препарат, 17 могли регулировать свое половое поведение в этот период (American Medical News, 26 августа, 1983). Однако после прекращения приема МПА почти все мужчины вернулись в прежнее состояние. Другое более серьезное возражение состоит в том, что МПА вряд ли может быть эффективен в тех случаях, когда речь идет о преступлении, связанном с насилием над личностью. Поскольку нет гарантии, что МПА может предотвратить сексуальные действия мужчины или ослабить его враждебность к женщинам, возможно, что прием этого препарата сделает некоторых насильников даже более жестокими и повысит вероятность нарушения ими закона. В любом случае ясно, что начать широкое применение МПА для лечения насильников можно только после получения полной информации о его отдаленных эффектах.

Инцест

Инцестом ("нечистый" или "грязный" по-латыни) называют сексуальную связь между близкими (кровными) родственниками - отцом или матерью, братом или сестрой, дедом или бабкой, дядей или теткой. Хотя наиболее распространенный вид инцеста - связь между братом и сестрой, общественности чаще становятся известны случаи инцеста между взрослым и ребенком. Поэтому мы рассмотрим эту форму инцеста более подробно. Законодательство США требует от граждан сообщать о ставших им известными случаях инцеста.

О частоте инцеста можно лишь догадываться, так как очевидно, что властям становятся известны далеко не все преступления такого рода. По имеющимся оценкам, число случаев использования детей в сексуальном плане, совершаемого их родителями или опекунами, достигает 50 000 в год (Burgesseta1., 1978; Finkelhor, 1978; Summit, Kryso, 1978; Crewdson,

1988); еще больше случаев изнасилования или растления детей другими членами семьи. По некоторым данным, 32% изнасилований детей совершают их родственники (Peters, 1976).

Изучение инцеста затруднено тем, что известными, как правило, становятся случаи с клиническим исходом (когда жертвам приходится оказывать медицинскую помощь) или если насильника заключают в тюрьму. Это, в частности, привело к мнению, что наиболее распространенная форма инцеста отец - дочь. На самом же деле гораздо чаще встречается инцест между братом и сестрой; однако о таких случаях почти никогда не заявляют. В обследовании, проведенном Playboy Foundation (Hunt, 1975), установлено, что примерно 4% мужчин и женщин хотя бы один раз имели сексуальный контакт с сестрой или братом, но всего 0,5% имели сексуальные контакты с родителями и еще меньшая доля мужчин рассказывали о своей связи с отцом. В обзоре Кинзи (Kinsey, 1948, 1953) также указывается, что секс между братом и сестрой гораздо более обычен, чем сексуальные отношения между одним из родителей и ребенком. Это подтверждается более поздними данными одной сексотерапевтической клиники.

Д. Финкельгор (D. Finkelhor, 1984), один из руководителей программы по изучению насилия в семье, составил список факторов, которые повышают вероятность сексуального использования детей. Самый важный из них - наличие отчима, повышающий риск насилия для девочек более, чем вдвое. Второй по значению фактор - негативное, ханжеское отношение матери к сексу, например запрещение задавать вопросы на соответствующую тему, строгие наказания за мастурбирование. К другим факторам Финкельгор относит низкий уровень образования матерей, плохие отношения с матерью, скупого на ласки отца, бедность и отсутствие у ребенка близких друзей. По данным Финкельгора (1984), в тех семьях, в которых имелись пять или более из этих факторов риска, две трети подростков становились жертвами насилия.

Мифы об инцесте

Миф. Инцест обычно совершает отец, являющийся сексуальным маньяком.

На самом деле. Как показывает большинство исследований, отцы, совершающие инцест, вовсе не маньяки и даже не обладают какой-то сверхсексуальностью (Gebhard et al., 1965; Finkelhor, 1979, 1984).

Миф. Заявления детей об инцесте обычно бывают выдуманными.

На самом деле. Начало этому мифу положил Фрейд, высказавший мнение, что сообщения детей о сексуальной активности с одним из родителей, основаны на фантазиях, порожденных эдиповым комплексом (Peters, 1976). К сожалению, сообщения детей об инцесте, как бы шокирующе и неправдоподобно они не выглядели, часто оказываются правдой.,

Типы инцеста

Инцест может иметь самые разные формы, и было бы глупо считать, что все случаи одинаковы. Например, иногда единственный эпизод вызывает такое огромное чувство вины и стыда у обоих участников, что ни один из них никогда не пытается его повторить. Бывает и так, что сексуальные отношения между близкими родственниками продолжаются в течение длительного времени (без применения или с применением

физической силы и угроз); встречается также множественный инцест, при котором отец сожительствует с несколькими дочерьми.

К другим факторам, которые необходимо принимать во внимание при определении типа инцеста, относится возраст ребенка при начале отношений, их открытость или секретность, форма сексуальной активности и ее воздействие на общую ситуацию в семье.

Дочери могут внушить, что счастье отца и матери, их любовь к ней и стабильность семьи зависят от ее сговорчивости и молчания. Нередко дочь получает некоторое сексуальное удовольствие от таких отношений, а кроме того, ощущает свою важную роль и силу в семье (Gottlieb, 1980).

В других случаях начало инцеста бывает внезапным и насильственным. Пьяному отцу после ссоры с женой может придти в голову выместить таким образом свою злобу на дочери. Если девочка окажет при этом сопротивление, она может получить физические травмы.

Интересно отметить, что в большинстве случаев инцест совершают тихие, внешне вполне пристойные мужчины с репутацией хороших семьянинов (Meiselman, 1978; Summit, Kryso, 1878; Finkelhor, 1984; Crewdson, 1988). Многие из них даже заявляют о своей религиозности. Однако различий между отцами, решающимися на инцест, гораздо больше, чем сходства. Среди них есть и сильно пьющие люди и трезвенники, разнорабочие и высококвалифицированные специалисты, люди с высшим образованием и не окончившие даже начальной школы. Хотя многие из них кажутся милыми людьми, это впечатление, конечно, обманчиво. Среди этих мужчин выявляются психопатические личности; вместе с тем у многих не обнаруживается никаких нарушений психики.

Жертвами сексуального насилия в семье, как правило, становятся девочки в возрасте 8-12 лет, однако нам известно несколько случаев инцеста с грудными детьми. В некоторых случаях отец выбирает только одну из своих дочерей (обычно старшую), однако иногда жертвами становятся все дочери, последовательно или одновременно. Варьируют также частота контактов (от ежедневных до 1-2 раз в год) и характер сексуальных действий (от простого принуждения до откровенного садизма). Инцест между отцом и сыном встречается гораздо реже, чем между отцом и дочерью, так что и сведений о нем значительно меньше. Тем не менее на основании имеющихся данных можно сделать несколько замечаний об этой форме секса, которой обычно не уделяют внимания.

В отличие от инцеста между отцом и дочерью, при которой жертвой бывает чаще всего только одна дочь, при инцесте между отцом и сыном часто жертвой становится еще по крайней мере один из его сибсов.

Отцы, использующие своих сыновей для секса, необязательно бывают гомосексуалами. Многие из них никогда не имели полового контакта с другим взрослым мужчиной.

Мальчики, оказавшиеся жертвами своих отцов, обычно бывают несколько моложе, чем девочки в аналогичной ситуации.

Значительная часть отцов, использующих своих сыновей в сексуальном плане, в детстве сами были жертвой инцеста.

Жены, мужья которых совершают инцест, часто сами в детстве были жертвами инцеста; обычно это женщины, отстраненные от семьи либо в результате депрессии, либо

развлечений, которые они ищут вне дома (Summit, Kryso, 1978; Gottlieb, 1980). Иногда мать даже заставляет дочь взять на себя ее роль, чтобы избавиться от сексуальных притязаний своего супруга (Browning, Boatman, 1977; Herman, Hirshman, 1977; Meiselman, 1978). После того как инцест становится известен, в двух случаях из трех матери не пытаются помочь своим детям или защитить их (Stoener, 1972; Herman, Hirshman, 1977). Но все же в большинстве случаев инцеста нельзя считать главной виновницей мать; она может оказаться не в состоянии остановить своего мужа, неспособной повлиять на дочь, бояться физической расправы со стороны мужа или распада семьи в случае его заключения в тюрьму.

Сексуальное насилие над детьми особенно часто встречается в семьях, в которых после развода или смерти одного из супругов другой вступает во второй брак (Renshaw, 1983; Sageretal., 1983). Статистические данные, собранные Дайаной Рассел в Сан-Франциско, подтверждают эту точку зрения. Это, возможно, объясняется тем, что психологические факторы, налагающие запрет на инцест, при отсутствии кровного родства действуют слабее. Оказываясь в тесном повседневном контакте с падчерицей-подростком, отчим не может предотвратить переход возникающего сексуального возбуждения в соответствующее поведение. Вполне возможно, что по крайней мере в некоторых случаях мужчины женятся на разведенных женщинах для того, чтобы получить возможность вступать в сексуальные контакты с их детьми (Schwartz, 1983).

Жертвы инцеста, как женского, так и мужского пола, испытывают психологическое давление, способное вызвать значительные внутренние конфликты. Почти всегда отец угрожает жертве, чтобы запугать ее и заставить хранить молчание. Угрозы варьируют от обещания физической расправы с жертвой или другими членами семьи до угрозы уйти из семьи в случае обнаружения инцеста. В то же время многие отцы, совершающие инцест, задабривают ребенка подарками и деньгами. Многие дети, оказывающиеся жертвой инцеста, признают, что главной причиной, заставлявшей их скрывать эти действия, был страх. К сожалению, когда ребенок, наконец, находит в себе силы рассказать обо всем кому-нибудь из взрослых, те отказываются верить ("О, этого не может быть!") (Crewdson, 1959).

Систематических исследований инцеста между братьями и сестрами почти не проводилось. В зарегистрированных случаях обычно участвовали старший брат (в возрасте 18-22 лет) и сестра (значительно моложе) (Gebhard et al., 1965), однако с большей вероятностью инцест возможен между сибсами, близкими по возрасту (Finkelhor, 1980). Доминирующую роль при этом обычно играет брат (Meiselman, 1978), но нам известно больше десятка случаев, в которых инициатором инцеста выступала сестра. Хотя в большинстве случаев в сексуальные отношения брат и сестра вступают по обоюдному согласию, в некоторых случаях один из них шантажирует другого, о чем свидетельствует рассказ 26-летней женщины:

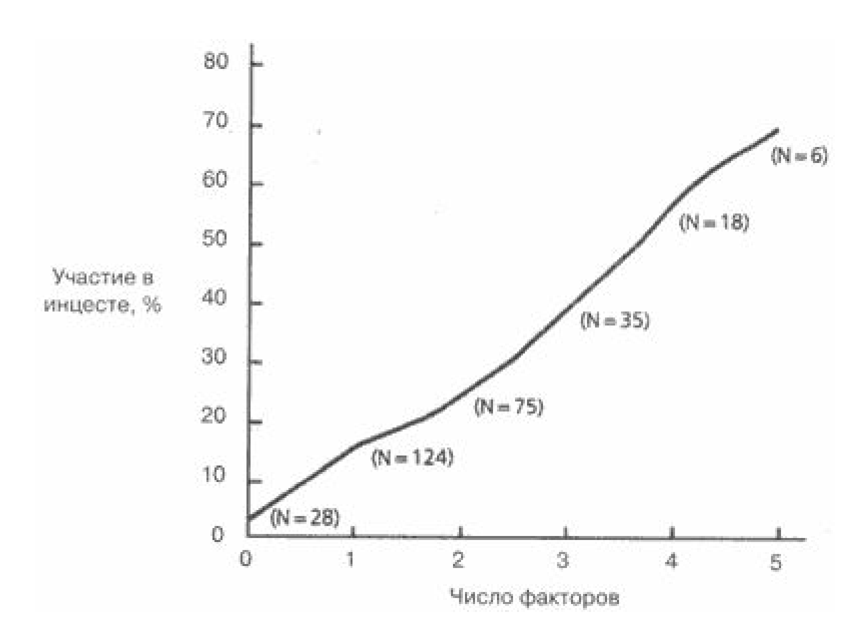
Когда мне было 14 лет, мой старший брат (которому было 16) узнал, что я употребляю наркотики. По-видимому, он в течение некоторого времени следил за мной и собрал довольно много доказательств, которые и предъявил мне однажды вечером, когда другие члены семьи были в кино. Он заявил, что либо я уступлю ему, либо он расскажет родителям, чем я занимаюсь.

Опрос 796 студентов университетов показал, что из тех, кто участвовал в инцесте со своими братом или сестрой (15% женщин и 10% мужчин), каждый четвертый делал это по принуждению (Finkelhor, 1980).

Инцест между матерью и сыном встречается редко. В одном исследовании на 203 случая инцеста таких вариантов было всего два (Weinberg, 1955). Согласно Майсельмену (Meiselman, 1978), "В подавляющем большинстве случаев если инициатором инцеста с матерью был сын, то он страдал шизофренией или каким-либо другим серьезным психическим заболеванием". В тех случаях когда инициатором инцеста была мать, у нее обычно имелись серьезные психологические проблемы. Инцест между матерью и сыном, как правило, ограничивался прикосновениями к гениталиям, если мальчик был маленьким; однако если мальчик старше 15 лет, то самой типичной активностью бывает коитус.

Инцест между матерью и дочерью, по-видимому, крайне редок. Инцест между отцом и сыном встречается чаще, однако тоже редок и составляет менее 1% всех случаев.

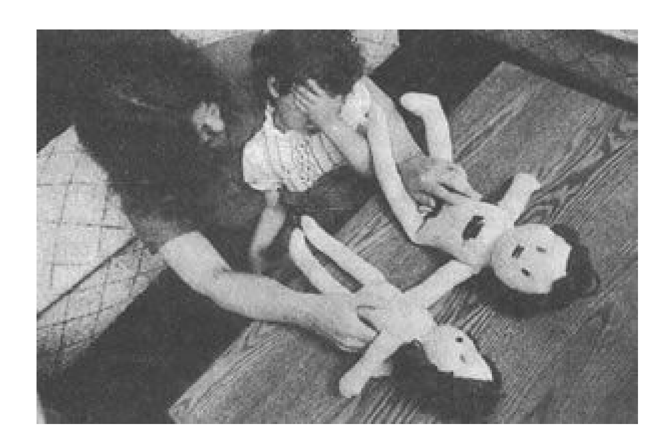

Рис. 18.1



Факторы, повышающие вероятность инцеста для девочек (Finkelhor, 1984)

Факторы: отчим в течение некоторого времени жила без матери отсутствие близости с матерью мать не имела среднего образования мать не допускала разговоров о сексе отец никогда не нянчил дочь годовой доход семьи менее 10 000 долларов две или менее подруг в детстве.

Последствия инцеста



Выявлению сексуальной эксплуатации маленьких детей препятствует, в частности, отсутствие в их словаре слов, необходимых для описания того, что с ними случилось. Эти жертвы инцеста показывают на куклах, что с ними делали взрослые.

Инцест часто оказывает крайне вредное воздействие на психику. Он может толкнуть к употреблению наркотиков, проституции, попыткам к самоубийству и стать причиной множества психологических и сексуальных проблем (Herman, Hirschman, 1977; Meiselman, 1978; Rass, Davis, 1988; Crewdson, 1988). Группа исследователей изложила эту точку зрения следующим образом:

Существует поразительное сходство в реакциях на инцест участвующих в нем людей. Дети принимают на себя ответственность за родителя, инициировавшего эти отношения, и обвиняют в них себя. Нарушение родительских обязанностей и недостаток ответственности у взрослых ведет к тому, что ребенок чувствует себя глубоко порочным и незаслуживающим заботы или помощи. Сексуальность для такого человека навсегда оказывается окрашенной чувством вины и страхом (Summit, Kryso, 1978, с. 248-249).

Самая удивительная черта, характерная для людей, переживших инцест, это долговременность различных сексуальных проблем, вызванных этим событием (Meiselman, 1978; Maltz, Holman, 1987; Everstine, 1989). Сексуальные нарушения обычно приводят взрослую женщину к психотерапевту, где она спустя 10-20 лет может, наконец, рассказать об инцесте, случившемся в детстве. Во многих случаях такая женщина оказывается неспособной на близкие, доверительные интимные отношения с мужчинами, ожидая от них измены, неприятия или наказания (Summit, Kryso, 1978; Bass, Davis, 1988).

Однако, судя по результатам нескольких исследований, инцест не всегда наносит вред своим жертвам и они могут стать здоровыми полноценными людьми (Bender, Blatt, 1979; Yorukoglu, Kemph, 1966). Если такие случаи и существуют, то вряд ли они будут выявлены или зарегистрированы, Ясно, однако, что инцест между взрослым и ребенком создает серьезные последствия для ребенка, даже если их в конечном счете удается преодолеть. Кроме того, что, возможно, важнее, даже в тех случаях, когда инцест не оказывает вредных физических воздействий на ребенка, он наносит ему моральный урон, потому что ребенок не волен ни юридически, ни психологически давать осмысленное согласие на такое поведение. Это замечание не относится к инцесту между двумя взрослыми людьми, однако такие отношения и для них чреваты серьезными последствиями.

Если вы когда-нибудь участвовали в инцесте

Некоторые люди, пережившие инцест, не испытывают желания говорить об этом с кем бы то ни было. Другие, ни о чем не жалеют и даже рассматривают этот опыт как нечто положительное. У каждого, кто когда-либо имел сексуальный контакт с одним из своих родных, чтение этого раздела может всколыхнуть в памяти забытые, глубоко запрятанные воспоминания. Безусловно, каждый человек воспринимает такие отношения по-своему. Однако, коль скоро, как показали современные исследования, большинство из тех, кто в детстве пережил инцест, долгие годы продолжают испытывать чувство вины, стыда, гнева или неуважения к самим себе, нам представляется полезным и важным дать им несколько советов.

Людям, которые в прошлом пережили инцест и испытывают сексуальные проблемы или трудности при попытках создавать интимные отношения, справиться с этим могут помочь профессионалы. Даже если инцест происходил несколько десятилетий назад, и даже если

это был единственный эпизод, консультация психолога, психиатра или сексотерапевта вам необходима. Для многих людей возможность рассказать кому-то об инцесте и о своих многолетних реакциях на это - важный шаг к достижению большего контроля над собственной жизнью.

Если вы занимаете промежуточное положение между теми, кто чувствует себя совершенно спокойно, не предпринимая ничего, и теми, кто ищет профессиональную помощь, вам можно предложить еще два варианта.

1. Некоторые жертвы инцеста испытывают огромное облегчение, если спустя много лет, став взрослыми, они встречаются с человеком, приобщившим их к инцесту, чтобы высказать ему все, что им пришлось пережить, и услышать от него признание своей вины или даже извинения.

2. В особых случаях, например, если второй участник инцеста ушел из жизни и встреча с ним невозможна, имеет смысл поделиться пережитым с кем-то из близких или священником, но не загонять глубоко внутрь чувства и не носить эту тяжкую "тайну" до конца своих дней. Открывшись перед кем-то, кому вы доверяете, вы можете испытать огромное облегчение. Однако только вы сами можете решить, подходит ли вам этот вариант.

Следует коснуться еще одного аспекта инцеста. Если ваш ребенок когда-нибудь расскажет вам, что к нему, или к ней, обращается с сексуальными предложениями кто-то из членов семьи, не отмахивайтесь от этого как от глупых фантазий ребенка. Необходимо понимать, что маленькие дети обычно не знают нужных слов для описания произошедшего с ними. Они могут сказать что-то вроде "дядя Джо делал со мной странные вещи". Всем детям надо внушить, что они имеют полное право отказаться, если взрослые попросят их сделать что-то, чего они не хотят делать, а также объяснить, что любые формы генитальных контактов совершенно недопустимы.

Детская порнография и порнобизнес

Участие детей в создании порнопродукции - еще одна форма использования детей в сексуальном плане, привлекшая внимание лишь в последние годы. Хотя число задействованных в этом бизнесе детей неизвестно, можно с уверенностью сказать, что оно достигает нескольких тысяч в год. Очень маленькие дети, по-видимому, просто не понимают того, во что их вовлекают взрослые - ведь иногда они позируют с мишками или куклами. В других случаях их вначале фотографируют просто обнаженными, а затем быстро переходят к съемкам целых сцен, поставленных таким образом, чтобы было похоже на сексуальную активность; и, наконец, разыгрываются "настоящие" сексуальные акты, так, чтобы фильм или фотографии выглядели как можно более реалистично. Главным движущим фактором в этой работе служат деньги, однако в некоторых случаях с более взрослыми детьми "сотрудничество" достигается с помощью угроз и шантажа. Иногда на такие съемки соглашаются подростки, ищущие способы "проникнуть в мир кино"; их интересуют не только деньги, но также жажда приключений и желание стать "звездой".

Многих "звезд" и "звездочек" для такой продукции поставляет армия детей, убегающих из дому, число которых, по разным оценкам, составляет от 70 000 до 1 млн. в год (Baker, 1980). Обычно у ребенка, сбежавшего из дому, нет никакого реального представления о том, на какие средства он будет существовать; лишенные друзей, семьи, жилья, такие дети неизбежно становятся жертвами порнодельцов и сутенеров, околачивающихся у

автобусных станций и у стоек с гамбургерами в поисках жертв. Нередко детей, помимо денег, заманивают наркотиками. Ирония состоит в том, что многие беглецы, удрав из дому именно из-за того, что их использовали в сексуальных целях, став независимыми, тут же вновь оказываются в сетях принудительного секса.

Сексуальная эксплуатация детей получила в США широкое распространение. В одном серьезном исследовании, опубликованном в American Journal of Psychiatry, Э. Берджес и ее коллеги (1984) описали 11 организаций, в которых использовали 66 детей в возрасте от 6 до 16 лет. Среди 14 взрослых, управлявших этим бизнесом, был вожатый скаутов, водитель школьного автобуса, респектабельный тренер и преподаватель. Все они занимались вербовкой детей, производством порнографической продукции и поставкой прямых сексуальных услуг взрослым клиентам. Иногда вербовкой занимались сами дети, приводя в организацию своих братьев, сестер или приятелей, нередко получая за это "вознаграждение" в виде наркотиков. Взрослые главари запугивали детей, чтобы те не разглашали, чем они занимаются, одновременно внушая им, что их участие во всей этой деятельности совершенно нормально.

Берджес и ее сотрудники отмечают, кроме того, что "взрослые поощряют эксплуатацию одних детей другими". Часто старшие, более сильные дети насилуют младших, более слабых. Во всех изученных организациях порнобизнеса, использовавших детей, последним показывали порнографические книги и журналы, чтобы "просвещать" и "воспитывать" их. Неудивительно, что у 75% детей, после того как их удалось вырвать из этой среды, наблюдались ярко выраженные нарушения психологической и социальной адаптации. Систематических исследований отдаленных последствий участия детей в порнобизнесе не проводилось, однако, судя по данным клинических наблюдений, все, что им пришлось испытать, оставило глубокие следы.

Участие в порнобизнесе оказывает на детей серьезное и длительное воздействие. Один психоаналитик предупреждает: "Дети, снимающиеся в порнофильмах, начинают воспринимать себя как товар, который можно продать. Они забывают обо всем, что любили прежде, и в конечном итоге реагируют на все, что с ними происходит, как неодушевленные предметы, а не люди с душой и сердцем." (Time, 4 апреля, 1977).

Как и у других жертв сексуального принуждения, у них в зрелом возрасте часто возникают сексуальные проблемы. И, что хуже всего, "дети, подвергавшиеся сексуальной эксплуатации, став взрослыми, часто начинают проделывать то же самое с другими детьми (Baker, 1980).

Сексуальное домогательство на работе

Многие женщины становятся жертвами сексуального домогательства на работе. Хотя большинство людей воспринимают такой вид сексуального принуждения более спокойно, чем изнасилование или инцест, эта социальная проблема достаточно серьезна. Раньше эта тема служила исключительно предметом острот, но в настоящее время сексуальное домогательство на работе превратилось в достаточно серьезную правовую проблему. Несмотря на относительно небольшое количество исследований в этой области, стали выявляться случаи, когда жертвами сексуального домогательства на работе оказываются и мужчины.

Сексуальные домогательства на работе проявляются в разных формах. Одна из них связана с поисками работы. Потенциальный работодатель ясно дает понять, что претендентка получит работу, если окажется сговорчивой в сексуальном плане.

Более обычна ситуация, когда работодатель или начальник требует сексуальных услуг в качестве условия сохранения работы, повышения в должности или получения каких-то благ. В этом случае опять-таки человек, от которого зависит прием на работу или увольнение, обладает огромной властью. При этом женщина может испытывать еще большее давление, потому что при увольнении босс может указать такую причину, которая понизит ее шансы на получение работы в будущем.

Сексуальное домогательство возможно буквально в любой среде (Brewer, 1982). Опрос медицинских сестер показал, что более 60% из них испытали его на себе в предшествующем году (Duldt, 1982); опросы студенток юридического и медицинского факультетов и женщин-военослужащих также выявили высокую частоту случаев сексуального домогательства.

Во многих учреждениях проявлениям сексуального домогательства не придают серьезного значения, и жертвы лишены возможности подавать жалобы или добиваться проведения настоящего расследования, хотя некоторые работодатели издали распоряжение о необходимости бороться с этой проблемой.

По мнению К. Мак-Киннон (C. MacKinnon, 1979), адвоката, написавшей очень подробную книгу на эту тему, если женщина отказывается идти навстречу сексуальным притязаниям своего работодателя, он может отомстить ей самыми разными способами: понижением в должности, снижением оклада, нелестными записями в личном деле, отказом в отпуске, лишением очередного повышения, поручением скучных или неприятных дел, созданием невыносимых условий работы.

Хотя опрос, проведенный Redbook в 1976 г., в котором приняли участие более 9000 работающих женщин, показал, что 9 из 10 женщин испытали на себе ту или иную форму сексуального домогательства, его воздействие изучено недостаточно.

В результате опроса, организованного в 1981 г. Redbook и Harvard Business Review, в котором приняли участие почти 2000 служащих коммерческих компаний, выяснилось, что мужчины и женщины, занимающие руководящие посты, расходятся во мнениях относительно проблемы сексуального домогательства: две трети мужчин заявили, что масштабы этой проблемы "сильно преувеличены", однако с такой оценкой согласились лишь одна треть женщин (Safran, 1981). Однако и мужчины, и женщины почти единодушно полагали, что "нежелательные сексуальные сближения отвлекают людей от текущей работы", и почти три четверти были за то, чтобы руководители компаний прямо заявляли всем служащим о своем отрицательном отношении к сексуальному домогательству.

Юридическое определение сексуального домогательства сформулировано в настоящее время весьма четко:

Нежелательные сексуальные предложения, требования сексуальной благосклонности и другое поведение сексуального характера, проявляющееся в словах или действиях, представляют собой противозаконное сексуальное домогательство, если а) подчинение таким предложениям либо выраженным прямо, либо подразумеваемым, составляет один из пунктов или условий получения работы данным субъектом; б) согласие или отказ от такого поведения служит основанием при решении вопроса о принятии на работу данного субъекта или в) подобное поведение имеет целью или осуществляет неправомерное вмешательство в выполнение субъектом своих служебных обязанностей или создает на работе атмосферу запугивания, враждебности и неприязни. Работодатель несет

ответственность за сексуальное домогательство со стороны своих представителей или служащих, занимающих руководящие должности, независимо от того, знал он или должен был знать о том, что это имеет место. Работодатель несет ответственность за сексуальное домогательство со стороны своих рядовых служащих, независимо от того, знал ли он или должен был знать об их поведении, и не предпринял незамедлительных и адекватных мер (EEOC, Rules and Regulations, 1980).

В 1986 г. Верховный суд США принял решение, расширяющее определение сексуального домогательства путем включения в него поступков, создающих на работе атмосферу враждебности или запугивания, независимо от того, затрагивает ли это продвижение по службе или нет. Верховный суд постановил, что в некоторых случаях работодатели могут быть привлечены к ответственности, даже если им не было известно о сексуальном домогательстве, происходившем в их офисе или компании.

Сексуальное домогательство в учебных заведениях

Сексуальное домогательство возможно не только на работе. Оно происходит там, где существует иерархия власти, в том числе в учебных заведениях.

По оценке Б. Сандлер из Ассоциации американских колледжей, одна из пяти студенток подвергается сексуальному домогательству, хотя подлинные масштабы этого явления неизвестны (Time, 14 ноября 1983). Опрос, проведенный в 1983 г. в Гарвардском университете, показал, что треть студенток и 41% аспиранток сталкивались с той или иной формой сексуального домогательства, хотя лишь в небольшой доле этих инцидентов дело доходило до настоящих изнасилований.

Как показывают различные исследования, женщины чаще, чем мужчины, определяют те или иные инциденты как сексуальное домогательство (Adams, Kottke, Ryan, 1983; Kenig, Ryan, 1986; Valentine-French Radtke, 1989); поэтому важно установить, не свидетельствует ли это о некоторой "сверхчувствительности" женщин и их способности поднимать шум без достаточных к тому оснований. Результаты одного серьезного исследования показали, что это не так: события, которые студентки описывают как сексуальные домогательства, "относительно ясны и недвусмысленны" (Mazer, Percival, 1989).

Выводы

1. Принудительный секс принимает самые разные формы, но ключевым моментом во всех случаях оказывается злоупотребление физической силой или социальным положением. Женщины становятся жертвой принудительного секса гораздо чаще, чем мужчины.

2. Изнасилование представляет собой одну из форм сексуального нападения, при которой половой член вводится во влагалище без обоюдного согласия участников. Жертвами изнасилования могут стать люди любого возраста, принадлежащие к любой группе населения; мужчины также могут оказаться жертвами насилия (со стороны женщин или мужчин - путем анального секса). Чаще всего случаются изнасилования на свиданиях или изнасилования знакомыми. Наилучшим способом предупредить изнасилование на свидании служит ясный и недвусмысленный обмен информацией между партнерами.

3. Жертвам изнасилования нередко бывает необходима помощь врача, психолога и юриста. Многие женщины неохотно сообщают об изнасиловании в полицию из-за недоверия к правоохранительным органам.

4. Изнасилование обычно оказывает глубокое психологическое воздействие на жертву; типично ощущение одиночества, беспомощности и страха. Описаны три стадии психологической реакции на изнасилование: острая фаза, посттравматическая фаза "отката" и длительная фаза восстановления и выздоровления. Очень часто у жертв изнасилования возникают сексуальные проблемы.

5. Информация о насильниках страдает неполнотой, поскольку основана главным образом на изучении мужчин, отбывающих тюремное заключение за это преступление. Это обычно молодые малообразованные люди, часто ранее уже имевшие судимость.

6. Изнасилование нельзя рассматривать как главным образом сексуальный акт. Как показали исследования, в большинстве случаев это попытка через сексуальное нападение утвердить свою власть, разрядить ярость или садистский импульс.

7. Инцест, или сексуальные контакты между родственниками, происходит в семьях, относящихся к любым слоям общества, и обычно не бывает сопряжен с какими-либо диагностируемыми психическими заболеваниями. Чаще всего властям становятся известны случаи инцеста между отцом и дочерью, однако инцест между братом и сестрой происходит гораздо чаще. В общем принято считать, что инцест со взрослыми людьми психологически вреден детям, хотя исследований в этой области проведено мало. Ясно лишь, что некоторые жертвы инцеста сталкиваются впоследствии с различными сексуальными и психологическими проблемами.

8. Сексуальное домогательство на работе или в учебных заведениях привлекает к себе меньше внимания, хотя представляет собой широко распространенную форму принудительного секса. Подобно жертве изнасилования, жертва сексуального домогательства чувствует себя беспомощной, униженной и оскорбленной. Все чаще жертвы этой формы принудительного секса обращаются в правоохранительные органы.

9. До тех пор, пока наша культура навязывает нам полоролевые стереотипы, готовящие женщину к роли жертвы и внушающие мужчинам, что сексуальная агрессивность - признак "мужественности", нам не удастся справиться с принудительным сексом в его многочисленных проявлениях.

Вопросы для размышления

1. Если мужчина развлекает женщину и тратит при этом много денег, имеет ли он право ожидать, что она расплатится за это сексом? Чувствует ли женщина себя обязанной ему, если он потратил во время свидания много денег? Как следует вести себя, если в связи с этим ожиданием возникают недоразумения?

2. Разумно ли запрещать романтические отношения между преподавателями и студентами в университетах? А если в этих отношениях нет принуждения, и студентка сама желает их? Какие факторы определяют желательность сексуальных отношений между преподавателями и студентами?

3. В тексте описан случай, когда женщина хотела заняться сексом, а затем потребовала, чтобы партнер прекратил свои действия, но не оказывала при этом физического сопротивления, не оттолкнула его, когда он овладевал ею, однако чувствовала, что ее "использовали". Имела ли она право на такое чувство? Была ли она изнасилована? Можно ли считать ее приятеля насильником? При каких обстоятельствах женщину называют

"динамиткой"? Если женщина "продинамила" мужчину и он силой заставляет ее заняться сексом, позволяет ли это в какой-то степени оправдать совершенное им насилие?

4. Почему многие женщины ведут себя на свиданиях так противоречиво, отвергая попытки своего приятеля заняться сексом? Почему, вместо двусмысленных высказываний, они не отвечают коротко и ясно: "Нет, конечно, нет"?

5. Можно ли считать изнасилование сексуальным преступлением? В какой степени изнасилование определяется не сексом, а желанием излить свой гнев, показать власть или выплеснуть враждебность к женщинам?

6. Каковы доводы за и против того, чтобы жертва сообщила об изнасиловании и свидетельствовала бы против насильника на суде? Не изменятся ли эти доводы в тех случаях, когда жертвой оказался мужчина?

7. Высказывались требования кастрировать людей за половые преступления, в том числе за изнасилования. Поможет ли это искоренить изнасилования? Почему "да" или почему "нет"?

8. Если дочь уступает сексуальным требованиям отца, потому что он дает ей деньги, делает подарки и доставляет другие удовольствия, и если мать закрывает на это глаза, потому что не хочет заниматься сексом со своим мужем, кого в этой ситуации следует винить - дочь, мать или отца? Виноваты ли все они в равной степени?

9. Как должны родители воспитывать своих сыновей, чтобы те не стали насильниками? Как должны родители воспитывать своих дочерей, чтобы те не стали жертвами изнасилования на свиданиях или супружеского изнасилования?

ЧАСТЬ 4. СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА

Глава 19.

Болезни, передающиеся половым путем (БППП), и инфекционные болезни половых органов

Инфекционные заболевания, распространяющиеся в результате половых контактов, называют болезнями, передающимися половым путем (БППП).

К БППП относят болезни, которые раньше называли венерическими (т.е. почти всегда передающиеся половым путем), а также ряд болезней, иногда передающихся и не половым путем. Помимо того, что термин БППП охватывает более широкий круг заболеваний, он не несет пока того позорного клейма, с которым связано название "венерические болезни". Ниже будут описаны симптомы, диагностика и методы лечения БППП и нескольких других инфекционных болезней половых органов.

См. Анализы на ЗППП

См. раздел Инфекции

См. Лечение воспалительных заболеваний в гинекологии

Ввиду огромного и разностороннего влияния, оказываемого в последние годы на сексуальную жизнь человека и на общество в целом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и вызываемым им заболеванием, т.е. СПИДом, им посвящена отдельная глава, хотя, конечно, ВИЧ-инфицированность и СПИД тоже относятся к БППП.

Гонорея

Гонорея - самая древняя и одна из самых распространенных БППП. В Ветхом завете Моисей упоминал о контагиозности этой болезни (Левит, 15); о ней писали также ученые Древней Греции - Платон, Аристотель и Гиппократ. Свое современное название она получила от греческого врача Галена во II в.н.э. В 1879 г. Альберт Нейсер открыл возбудителя гонореи - бактерии (гонококки), названные в его честь Neisseria gonorrhoeas, Применение пенициллина, оказавшегося эффективным средством лечения гонореи, снизило ее распространение в 1940-1950-х гг., но к 1980 г. частота ее в США достигла масштабов эпидемии. В последующие годы отмечалось неуклонное, хотя и относительно медленное снижение заболеваемости (рис. 19.1) - от 1 млн. установленных случаев в 1980 г. до примерно 750 тыс. в 1989 г. (Handfield, 1984; Centers for Disease Control, 1990). Во многом это объясняется тем, что в связи с распространением СПИДа как гомосексуалы, так и бисексуалы стали соблюдать большую осторожность при половых сношениях и соответственно реже болеть гонореей (Judson, 1983; Holmes et al., 1989). По мнению большинства ученых, число заражений гонореей в США на самом деле близко к 2 млн. в год, поскольку регистрируется менее половины всех случаев (Handsfield, 1984).

Гонорея передается при любом половом контакте - от обычного полового акта до орального или анального секса, а в редких случаях - при куннилингусе или даже через поцелуи (Barlow, 1979; Robertson, McMillan, Young, 1980). Женщина может заразиться гонореей от больного мужчины в результате одного полового акта с вероятностью 50%

(Platt, Rice, McCormick, 1983), тогда как для мужчины аналогичный показатель составляет - примерно 20-25% (Handsfield, 1984). Старое объяснение "Подцепил заразу на сиденье унитаза", над которым ученые раньше смеялись, теперь представляется возможным, во всяком случае теоретически, поскольку показано, что бактерии, вызывающие гонорею, могут оставаться жизнеспособными на этих сиденьях или на влажной туалетной бумаге в течение примерно двух часов (Gilbaugh, Fuchs, 1979). Однако скорее всего заражение таким способом происходит крайне редко.

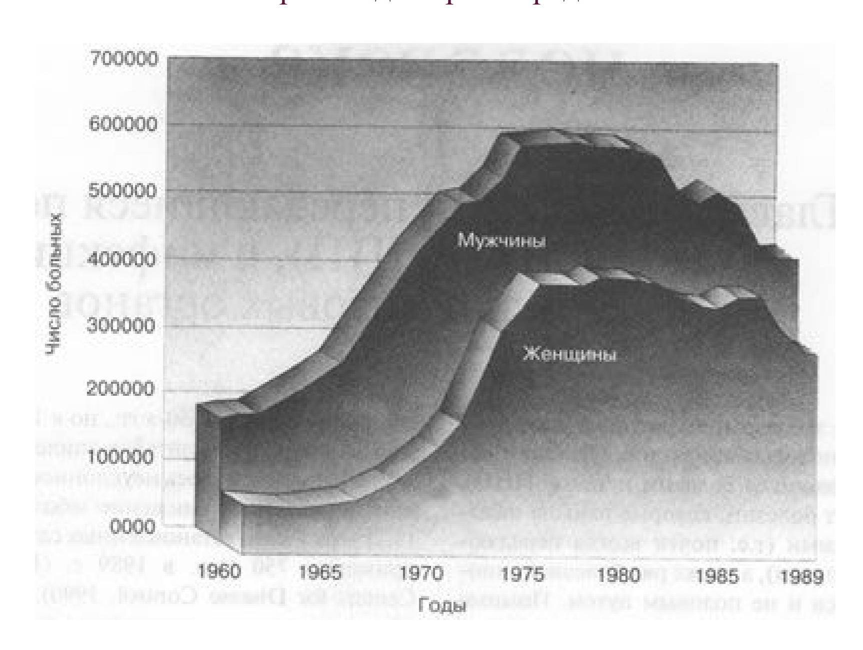


РИС. 19.1

Заболеваемость гонореей в США в 1960-1989 гг. (CDC, MMWR 38 (54); 1989)

Симптомы гонореи

Первыми признаками заражения гонореей у большинства мужчин служат желтоватые выделения из канала полового члена и частое болезненное мочеиспускание. Эти симптомы, появляющиеся обычно через 2-10 дней, но иногда через месяц после заражения (Schofield, 1979), обусловлены воспалением мочеиспускательного канала (уретритом), вызванным бактериальной инфекцией. Похожие на гной выделения (пачкающие белье) - одна из реакций организма на эту инфекцию. Примерно у 10% зараженных мужчин никаких симптомов не наблюдается, а это означает, что человек может распространять гонорею, не зная, что он болен.

При появлении симптомов гонореи у мужчин они обычно сразу обращаются к врачу и излечиваются. В отсутствие лечения инфекция, поднимаясь вверх по мочеиспускательному каналу, может распространиться на предстательную железу, семенные пузырьки и эпидидимис и вызывать сильную боль и повышение температуры. Нелеченая гонорея иногда приводит к бесплодию (Holmes et al., 1989), но у мужчин это осложнение возникает относительно редко.

У женщин заражение гонореей протекает бессимптомно более чем в половине случаев и потому до начала лечения у них обычно проходит значительный срок. Эта задержка повышает риск осложнений, и, кроме того, не подозревающие о своей болезни женщины становятся распространителями инфекции. Многие из них узнают о том, что больны, лишь когда у их партнеров появляются признаки заражения.

Даже при появлении у женщин симптомов болезни они часто бывают слабо выражены и остаются незамеченными или неверно истолковываются. Симптомы состоят в вагинальных выделениях, раздражении наружных половых органов и нарушении менструаций. Инфекция чаще всего обнаруживается в шейке матки (90% случаев), но может также проникать в мочеиспускательный канал (70%), прямую кишку (30-40%), горло (10%) или в несколько из этих мест в любых сочетаниях.

У женщин в отсутствие лечения возможны серьезные осложнения. Инфекция обычно распространяется от шейки в матку, маточные трубы и яичники. Возникающее воспаление органов малого таза приводит к бесплодию, поскольку сопровождается образованием рубцов, создающих непроходимость маточных труб. Ранние симптомы воепаления тазовых органов: боли в низу живота, повышение температуры, тошнота или рвота и болезненность при половом акте.

Как у женщин, так и у мужчин гонококки могут переноситься кровотоком в другие органы, вызывая инфицирование и воспаление суставов (гонорейный артрит) или мозговых оболочек (гонорейный менингит). К счастью, эти осложнения возникают редко и поддаются лечению. У взрослых возможно (редко) гонорейное поражение глаз в результате переноса инфекции пальцами. У новорожденных инфицирование глаз при наличии инфекции в шейке матки матери происходит во время родов. Поскольку это может привести к слепоте, каждому новорожденному профилактически закапывают в глаза бактерицидный препарат (обычно раствор азотнокислого серебра).

Диагностика и лечение гонореи

Гонорея у мужчин диагностируется на основании микроскопического исследования выделений из уретры после окраски их специальным красителем (по Граму). Надежность этого метода составляет примерно 90%, поэтому иногда необходимо культивирование, т.е. посев и выращивание бактерий на питательной среде для последующей идентификации; на такой анализ требуется несколько дней. У мужчин, имевших гомосексуальные контакты, мазки берут не только из уретры, но также из горла и прямой кишки.

Для женщин единственным надежным диагностическим методом служит посев. Во всех случаях необходимы мазки из зева шейки матки и из прямой кишки, даже если женщина никогда не участвовала в анальном половом акте, поскольку выделения могут попасть из влагалища в задний проход и инфицировать его. Если женщина участвовала в орально-генитальном половом акте, то необходимо также взять мазок из горла. В настоящее время не существует достаточно надежного метода выявления гонореи на основании анализа крови.

Самым эффективным способом лечения гонореи еще недавно были инъекции пенициллина с одновременным приемом пробенецида в таблетках, подавляющего выведение пенициллина с мочой и тем самым поддерживающего его высокий уровень в организме. К сожалению, некоторые штаммы гонококка выработали устойчивость к пенициллину; в США в настоящее время они вызывают не более 4% всех случаев гонореи (Handsfield et al., 1989). Вследствие этого служба здравоохранения США и Центры по контролю заболеваемости (CDC) рекомендуют теперь лечить гонорею у взрослых мужчин и небеременных женщин инъекциями антибиотика цефтриаксона в сочетании с приемом доксициклина (Centers for Disease Control, 1989). Такая схема лечения имеет еще и то достоинство, что одновременно излечивается хламидийная инфекция, часто сосуществующая с гонореей.

Всем больным гонореей рекомендуется проводить анализ крови на сифилис, а также конфиденциальный анализ на ВИЧ-инфекцию. Кроме того, каждый, кто имел половой контакт с больным гонореей в течение предшествующих 30 дней, должен пройти медицинское обследование, включая посев, и пройти курс лечения, поскольку высока вероятность заражения (Centers for Disease Control, 1989).

При заболевании гонореей необходимо воздерживаться от любых половых контактов до тех пор, пока по завершении курса терапии не будет проведено контрольное обследование, подтверждающее полное излечение. Чрезвычайно важно также связаться со всеми половыми партнерами больного, в том числе и с тем, кто предположительно был источником заражения, и настоять, чтобы они обратились к врачу для установления диагноза и лечения.

Сифилис

Сифилис впервые привлек к себе внимание в конце XV в., когда в Европе разразилась его эпидемия, охватившая городских жителей и военных. Источник этой широко распространившейся вспышки остался неясным. Некоторые считают, что Колумб и его экипаж завезли из Америки какую-то особенно заразную форму сифилиса (The New York Times, October, 10, 1989, p. C13), тогда как, по мнению других, эта форма уже существовала в Европе (Catterall, 1974). Возбудитель сифилиса спиралевидный микроорганизм, называемый бледной спирохетой (Treponema pallidum), был идентифицирован в 1905 г.

В наши дни сифилис встречается гораздо реже, чем гонорея. Однако за последние несколько лет в США произошло резкое повышение частоты сифилиса, передаваемого при гетеросексуальных половых контактах; это связывают с возникшей модой на крэк-кокаин (кокаин, употребляемый в виде сигарет и создающий очень сильную зависимость), потому что за наркотики многие женщины расплачиваются с многочисленными партнерами своим телом (Goldsmith, 1988; Centers for Disease Control, 1989). В 1989 г. общее число зарегистрированных больных сифилисом в США превысило 40 000 - такого высокого уровня не наблюдалось более 40 лет (рис. 19.2). По мнению большинства специалистов, на самом деле эта цифра не составляет и половины от числа случаев заболевания в год.

Сифилис обычно передается половым путем, но заражение возможно также в результате переливания крови или передачи возбудителя от беременной матери плоду. В одном только Нью-Йорке число случаев передачи сифилиса от матери младенцу возросло в период между 1986 и 1988 гг. более, чем в 5 раз; в масштабе всей страны аналогичное повышение ожидается в начале 1990-х (Centers for Disease Control, 1989).

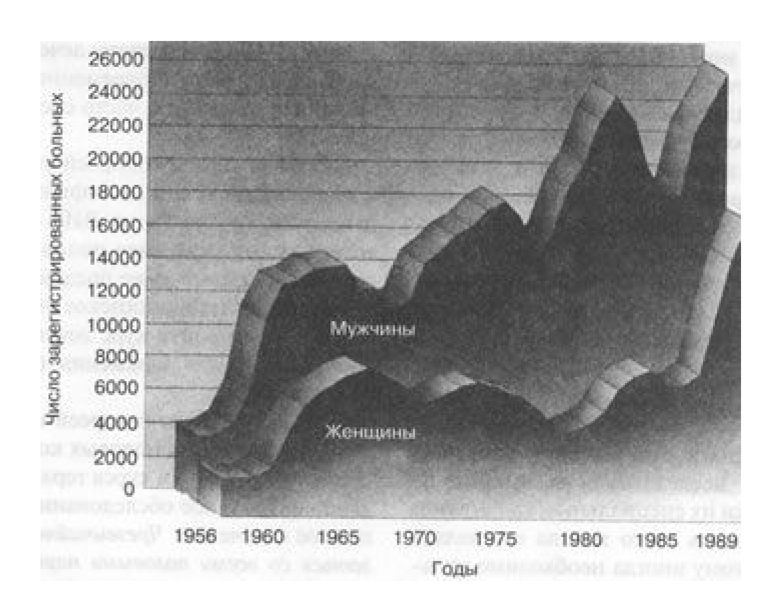


Рис. 19.2

Заболеваемость сифилисом (первичным и вторичным), переданным половым путем, в США в 1956-1989 гг. (CDC, MMWR 38 (54); 1989)

Симптомы сифилиса

Самым ранним симптомом сифилиса в его первичный период служит появление язвы, называемой твердым шанкром. Он возникает обычно через 2-4 недели после заражения. Чаще всего шанкры, которые в 70% случаев бывают безболезненными, располагаются на половых органах и в анальной области, однако они могут образоваться на губах, в ротовой полости, на пальце, на груди или на любом участке тела, где возбудитель проник в кожу. Вначале шанкр имеет вид пятна неяркого красного цвета, которое затем превращается в папулу (узелок). Папула изъязвляется, образуя округлую или овальную язву, окруженную обычно красной каймой. Спустя 4-6 недель шанкр обычно заживает, создавая ложное впечатление, что "все обошлось".

Вторичный период сифилиса начинается спустя 1-6 мес после заживления шанкра, если не было проведено эффективное лечение. Симптомы: бледно-красные или розоватые высыпания (часто на ладонях и на подошвах), боль в горле, головная боль, боли в суставах, плохой аппетит, потеря веса и выпадение волос. Вокруг половых органов и в анальной области могут появиться широкие кондиломы (condyloma lata), которые очень контагиозны. Вследствие такого разнообразия симптомов сифилис иногда называют "великим имитатором". Симптомы вторичного периода сифилиса обычно сохраняются в течение 3-6 мес, однако они могут периодически исчезать и появляться вновь. После исчезновения всех симптомов болезнь переходит в латентную стадию, когда больной уже не заразен, но происходит внедрение возбудителя в различные ткани: головной и спинной мозг, кровеносные сосуды, костную ткань. У 50-70% больных с нелеченным сифилисом этот период продолжается до конца их жизни, но у остальных болезнь переходит в третичный, или поздний, период сифилиса. В этот период проявляются серьезные поражения сердца, глаз, головного и спинного мозга; в результате этих осложнений возможны паралич, психическое расстройство, слепота и смерть.

Ребенок может заразиться сифилисом еще до своего рождения от больной матери: если возбудитель присутствует в ее крови, он проникает через плаценту. Возникающий в результате врожденный сифилис приводит к деформации зубов, анемии, заболеваниям

почек и другим аномалиям. Врожденного сифилиса можно избежать при соответствующем лечении больной матери до 16-й недели беременности (Holmes, 1980).

Диагностика, лечение сифилиса

Сифилис обычно диагностируется на основании анализа крови. Существует несколько тестов на сифилис, включая как экспресс-тесты, удобные для массовых обследований, так и более точные и специфичные, но и более трудоемкие методы. Хотя ни один из этих методов нельзя считать абсолютно надежным для выявления первичного сифилиса, вторичный сифилис они позволяют обнаружить в 100% случаев. Очень важен также тщательный осмотр пациента в поисках признаков первичного или вторичного сифилиса. Шанкры на шейке матки или во влагалище можно обнаружить только при вагинальном исследовании, поскольку они обычно безболезненны. При микроскопическом исследовании жидкости, взятой из шанкра, в ней обычно обнаруживаются спиралевидные микроорганизмы.

Первичный или вторичный сифилис легко вылечивается однократной инъекцией пенициллина. Латентный, третичный или врожденный сифилис требует применения более длительного лечения и больших доз пенициллина, однако и в этих случаях лечение обычно бывает успешным, Больным, у которых пенициллин вызывает аллергию, можно вводить тетрациклин или эритромицин.

Половых партнеров больного, у которого диагностирован сифилис в раннем периоде, необходимо срочно обследовать. Всем, имевшим половые контакты с больным в предшествующие 90 дней, следует пройти лечение пенициллином, даже если результаты тестирования отрицательны, поскольку человек может быть инфицирован, но анализ крови этого еще не выявляет (Centers for Disease Control, 1989).

См. Сифилис и беременность

Хламидийные инфекции

Инфекционным заболеваниям, вызываемым бактерией Chlamidia trachomatis (хламидиозам) до последнего времени удивительным образом не уделяли внимания, хотя в США, как теперь стало известно, хламидиозы, вызываемые определенными штаммами возбудителя, относятся к самым распространенным БППП; согласно оценкам, заболеваемость ими составляет 3-4 млн. человек в год (Sanders et al., 1986). Вырастить в лаборатории культуру Ch.trachomatis довольно трудно, а потому инфекция часто остается недиагностированной, тем более, что клинические проявления ее весьма неспецифичны. Кроме того, поскольку хламидий-ные инфекции не относятся к числу заболеваний, регистрируемых на федеральном уровне, врачи нередко рассматривают их как менее серьезные или менее контагиозные БППП, чем другие. К сожалению, однако, хламидиоз наносит значительный вред здоровью и потому важно располагать достаточной информацией по этой группе БППП. На самом деле, по оценкам Центров по контролю заболеваемости США, прямые и косвенные расходы, связанные с осложнениями хламидиозов у женщин и у новорожденных, достигают 1 млрд. долларов в год (American Medical News, October, 24, 1989, p. 34).

В последнее десятилетие число инфицированных быстро растет и уже достигло тревожного уровня. О масштабах этой проблемы свидетельствуют данные ряда обзоров. Среди нескольких тысяч сексуально активных женщин, посещающих клиники

планирования семьи, у 9% были обнаружены эти инфекции (Schacter, Stone, Moncada, 1983; Handsfield et al., 1986). К этой цифре близки данные о распространении хламидийной инфекции у мужчин в военной среде, составляющие 10%, По данным медицинских кабинетов при некоторых колледжах, 17% студенток последних курсов заражены хламидиями (Goldsmith, 1986). В клиниках по лечению БППП зараженные хламидиями составляют в среднем от 20 до 40% всех обследованных (Thomson, Washington, 1983; Stamm et al., 1984; Johnes et al., 1986). Особенно широко хламидийные инфекции распространены среди подростков: заражение обнаружено у 15% девочек и 8% мальчиков (Schafer et al., 1989).

Хламидии служат причиной многих болезней и возникающих осложнений. У мужчин они обусловливают примерно половину всех случаев негонорейных уретритов (инфекции мочеиспускательного канала, не связанные с гонореей) (Stamm, 1988), причем хламидийный уретрит встречается в 2,5 раза чаще, чем гонорейный (Centers for Disease Control, 1985). Кроме того, CH. trachomatis повинен примерно в половине из 500 000 случаев острого эпидидимита, ежегодно регистрируемых в США. Оба эти заболевания поражают в основном молодых мужчин; хламидийный уретрит - юношей и молодых мужчин в возрасте от 15 до 24 лет, а хламидийный эпидидимит - мужчин до 35 лет. Хламидийный уретрит встречается на 30% чаще у мужчин-гомосексуалов по сравнению с гетеросексуалами, при этом у 6-8% гомосексуалов обнаруживаются признаки хламидийной инфекции прямой кишки (Centers for Disease Control, 1985). Судя по имеющимся на сегодня данным, у мужчин заражение хламидиями не приводит к серьезным и длительным последствиям даже в случаях рецидивирующей или хронической инфекции (Holmes et al., 1989). Однако исследований в этой области относительно немного: поэтому не следует считать, что подобной инфекцией у мужчин можно пренебречь. Кроме того, мужчины, не прошедшие соответствующего лечения, почти неизбежно будут заражать своих половых партнеров, что для женщин может иметь тяжелые последствия.

У женщин хламидии ответственны за целый ряд поражений, локализующихся на разных уровнях репродуктивной системы. К их числу относятся прежде всего так называемый уретральный синдром (негонококковый уретрит), цервицит (воспаление шейки матки); кроме того, по оценкам, хламидии вызывают от 250 до 500 тыс. случаев воспаления органов малого таза в год. Если вспомнить, что исходом такого воспаления часто бывает непроходимость маточных труб, то станет понятным, почему оно служит главной причиной бесплодия у женщин, а иногда и внематочной беременности (Centers for Disease Control, 1985; Sanders et al., 1986; Holmes et al., 1989). Нередко хламидии поражают также эндометрий (внутреннюю выстилку) матки. Имеются данные, что 41% женщин, зараженных Ch. trachomatis, страдают хламидийным эндометритом (Johnes et al., 1986).

Еще одна серьезная проблема заключается в том, что хламидийная инфекция во время беременности обычно передается от матери новорожденному при прохождении его через родовой канал. До 50% младенцев, рожденных инфицированными матерями, заболевают конъюнктивитом, а 3-18% - хламидийной пневмонией до достижения четырехмесячного возраста (Centers for Disease Control; 1985; Schachter et al., 1986). Хламидийная пневмония обычно не бывает тяжелой, тогда как хламидийный конъюнктивит иногда приводит к хроническому заболеванию глаз (Holmes et al., 1989). (Эта болезнь глаз отличается от трахомы, тоже вызываемой хламидиями, и служащей главной причиной слепоты в развивающихся странах. Трахома распространяется главными образом мухами, а не передается половым путем.)

В ряде исследований выявлена также роль хламидийной инфекции в различных осложнениях при беременности, таких, например, как преждевременное излитие околоплодных вод, преждевременные роды и послеродовой эндометрит (Holmes et al., 1984; Handsfield et al., 1986). Однако эти данные требуют дополнительного подтверждения.

Хламидийная инфекция может быть причиной фарингита, хотя в этом случае возбудитель принадлежит к другому виду, описанному лишь недавно, - Chlamidia pneumoniae (Komaroff et al., 1989).

Существует штамм Ch. trachomatis, вызывающий паховый лимфогранулематоз (ПЛГ). Это заболевание, тоже относящееся к БППП, редко встречается в Сев. Америке и Европе, но обычно в Юж. Америке, Африке и Азии. У мужчин ПЛГ встречается почти в 4 раза чаще, чем у женщин. Как и в случае сифилиса, в течении ПЛГ различают три периода. Первичное поражение имеет вид маленькой, едва заметной язвочки (или узелка) на половых органах; она появляется после инкубационного периода, который длится от 3 до 12 дней, а затем быстро заживает. Обычно эта язвочка безболезненна, однако если она образовалась в мочеиспускательном канале, то может вызывать боль или жжение.

Вторичный период ПЛГ, начинающийся спустя несколько месяцев после появления первичного поражения, характеризуется болезненным набуханием паховых лимфатических узлов (обычно с одной стороны), сопровождающимся лихорадкой, ознобом и генерализованной болью. Такая реакция наблюдается почти у всех мужчин, но лишь у 20-30% женщин. Еще у одной трети женщин отмечаются боли в нижней части живота и в спине. Кроме того, как у мужчин, так и у женщин наблюдаются симптомы инфицирования заднего прохода: слизистые выделения, ректальные кровотечения и развитие абсцессов. Хотя у преобладающего большинства больных вторичный период завершается выздоровлением, даже если лечения не проводилось, отдаленные последствия бывают очень серьезны. Это, в частности, слоновость (сильное увеличение) половых органов и образование множественных рубцов в прямой кишке, иногда приводящее к ее частичной непроходимости.

Распространение хламидийной инфекции

Хламидийные инфекции (за исключением трахомы) чаще всего передаются половым путем. Они распространяются практически так же, как и гонорея, но менее заразны. В одной из работ было показано, что женщины, больные гонореей, заражали своих половых партнеров-мужчин в 81% случаев, тогда как страдающие хламидийным цервицитом передавали эту инфекцию только в 28% случаев; если же у женщин имелась как та, так и другая инфекции, то передача гонококка происходила чаще (77%), чем хламидий (28%).

Хламидийные инфекции могут передаваться при вагинальном или анальном половом акте и (реже) при орально-генитальном контакте. Неудивительно, что эти инфекции также чаще всего поражают людей, имеющих многочисленных половых партнеров (Centers for Disease Control, 1985). Как и в случае гонореи, женщины, по-видимому, более подвержены хламидиозам. Так, примерно 70% женщин, у половых партнеров которых (мужчин) был диагностирован хламидиоз, оказались также заражены хламидиями, тогда как только 25-50% мужчин заразились хламидиями от своих инфицированных партнерш (Centers for Disease Control, 1985).

Симптомы хламидийной инфекции

Одна из трудностей, связанных с диагностикой хламидиозов, состоит в том, что они, подобно гонорее, у женщин часто протекают бессимптомно (по некоторым оценкам - практически в половине случаев). Отсутствуют симптомы и у 15-30% мужчин, однако, поскольку у них отдаленные последствия хламидиоза не так тяжелы, как у женщин, эта проблема для них гораздо менее серьезна.

У мужчин Ch. trachomatis чаще всего вызывает после 1-3-недельного инкубационного периода симптомы воспаления мочеиспускательного канала. Два главных симптома - жжение при мочеиспускании и беловатые или прозрачные выделения. Обычно (хотя и не всегда) оба симптома наблюдаются одновременно и в большинстве случаев они бывают выражены слабее, чем при гонорее (Holmes etal., 1989).

Эпидидимит у мужчин моложе 35 лет обычно вызывается хламидиями и проявляется в отечности, болезненности при пальпации и болях в мошонке (обычно только на одной стороне), часто с повышением температуры тела. Одновременно возможен и уретрит. Боль при эпидидимите иногда бывает такой сильной, что не дает больному ходить, но может быть и слабой, ноющего, а не режущего характера. Сексуальная активность при эпидидимите становится мужчине неприятной из-за подтягивании мошонки при сексуальном возбуждении и переполнения яичек кровью, что создает давление на инфицированный эпидидимис, обычно вызывая боль.

У женщин хламидийный цервицит чаще протекает бессимптомно. Иногда из шейки матки выделяется мутная слизь, однако, как было показано в одном исследовании, это отмечалось только у 37% женщин с инфицированной хламидиями шейкой матки. Иногда ощущается зуд или слабый дискомфорт в половых органах, но в большинстве случаев симптомы отсутствуют, и женщина не подозревает, что заражена хламидиозом в активной форме и нуждается в лечении. Отсутствие симптомов - серьезная проблема, поскольку возможно распространение инфекции на верхние отделы женской половой системы, что усугубляет тяжесть поражения.

Аналогичная ситуация наблюдается при хлами-дийном уретрите. Лишь примерно у одной трети женщин он сопровождается болью, жжением во время мочеиспускания или частым мочеиспусканием и только в нескольких процентах случаев появляются выделения из мочеиспускательного канала или боль у его отверстия. Поэтому очень немногие женщины обращаются к врачу. При хламидийном эндометрите возможны перемежающиеся кровянистые выделения из влагалища, однако такие случаи редки, и это заболевание тоже, как правило, практически не дает о себе знать.

В отличие от этого вызываемое хламидиями воспаление органов малого таза чаще сопровождается такими симптомами, как внезапные боли в нижней части живота, кровянистые выделения из влагалища, лихорадка и диспареуния (болезненность при половом акте). Другой важный симптом - боль, возникающая при надавливании на нижнюю часть живота при гинекологическом обследовании. Однако у половины женщин с этой патологией какие-либо симптомы отсутствуют, особенно при слабой, тлеющей инфекции, сохраняющейся в течение длительного времени.

Хламидийная инфекция иногда распространяется от маточных труб на поверхность печени (Stamm, 1988). В результате возникает перигепатит, характеризующийся болью в правом верхнем квадранте живота, тошнотой, рвотой и повышением температуры. К тому времени, когда появляются эти симптомы, признаки воспаления органов малого таза могут сохраняться или уже отсутствуют.

Диагностика и лечение хламидийных инфекций

Ch. trachomatis растет только в живых клетках, поэтому выращивать ее в культуре методически трудно и дорого. Кроме того, поскольку рост культуры можно наблюдать не раньше, чем через трое суток, лечение рекомендуется начинать не откладывая, т.е. исходить из предположения о наличии хлами-диоза (Centers for Disease Control, 1989). Несмотря на все эти обстоятельства, самым точным диагностическим методом остается посев.

Избежать упомянутых затруднений позволяют разработанные в последнее время методы анализа, основанные на выявлении антител к хламидиям. Таким путем можно с достаточно высокой точностью определить, имеются ли хламидии в выделениях половых органов (Тат, 1984; Howard et al., 1986; Stamm, 1988); такие анализы требуют меньше времени (всего несколько часов) и средств, чем культивирование.

Для лечения хламидиоза с успехом применяют ряд антибиотиков. Наиболее эффективными считаются в настоящее время тетрациклин и доксициклин, однако они противопоказаны беременным (Centers for Disease Control, 1989). Высоко эффективны также эритромицин и сульфометоксазол (эритромицин - предпочтительный антибиотик при беременности).

Следует указать, что пенициллин неэффективен в отношении хламидии. Поскольку очень часто заражение хламидиями и гонококками происходит одновременно, больного обычно лечат от гонореи, не подозревая о наличии у него хламидиоза; это отчасти объясняется более коротким инкубационными периодом гонореи, а отчасти тем, что ее легче выявить лабораторными методами. При этом пенициллин излечивает гонорею, но не хламидиоз. В некоторых случаях это ведет к новой вспышке симптомов (у мужчин хламидийный уретрит после гонореи - обычное явление), однако если явных проявлений болезни не возникает или если им не уделяют внимания и они проходят спонтанно, то человек остается зараженным и способен заражать других, а сам рискует развитием у него осложнений.

Особенно важно, чтобы больной с подтвержденным (или подозреваемым) хламидиозом известил об этом всех, с кем он имел половые сношения в 30-дневный период, предшествовавший заболеванию, с тем чтобы эти люди обратились к врачу и приступили к лечению (Centers for Disease Control, 1989).

См. Хламидиоз и беременность

Мягкий шанкр

Мягкий шанкр - одна из бактериальных инфекций, передающихся половым путем, которая до настоящего времени редко встречалась в промыш-ленно развитых западных странах; однако в масштабах всего земного шара она, по-видимому, распространена больше, чем сифилис (Schmid et al., 1987).

Возбудитель мягкого шанкра - короткая палочковидная бактерия Hemophilus ducreyi. В настоящее время в США мягкий шанкр ежегодно поражает от 5 до 10 тыс. человек - очень резкое повышение частоты заболевания по сравнению с 1970-ми гг., когда в США регистрировалось менее 1000 случаев в год (Schmid et al., 1987; Leary, 1988).

Работники здравоохранения США объясняют увеличение заболеваемости мягким шанкром и другими - прежде редкими - БППП ростом проституции, связанным с наркоманией среди женщин, а также отвлечением медицинского персонала и фондов, предназначенных для борьбы с БППП, на борьбу со СПИДом (Leary, 1988). Известную роль может играть также расширение международного туризма и иных переездов из страны в страну.

Симптомы мягкого шанкра

Инкубационный период после заражения обычно длится 4-7 дней. Главный признак заражения - появление на половых органах язвы (называемой "мягким шанкром", в отличие от "твердого шанкра" при сифилисе). Вначале образуется узелок, окруженный воспалительным венчиком, спустя 1-2 дня он наполняется гноем и прорывается, превращаясь в резко очерченную язву с неровными краями. Примерно у половины больных бывает по нескольку таких язв.

У мужчин язвы чаще всего образуются на крайней плоти, уздечке крайней плоти или на венечной борозде (область, отделяющая головку полового члена от его тела). Иногда язвы возникают на головке или на теле полового члена, но это гораздо менее типично.

У женщин язвы обычно бывают расположены у входа во влагалище или вблизи него (на половых губах, на клиторе, в самом влагалище у его входа, а также на промежности между влагалищем и задним проходом). Значительно реже язвы обнаруживаются на шейке матки и очень редко - на молочных железах, пальцах, бедрах и в ротовой полости.

Другие ясно выраженные клинические проявления - набухание паховых лимфатических желез на той стороне тела, где образовалась язва. Примерно у половины больных с мягким шанкром сильно вздувшиеся лимфатические железы, называемые бубонами, прорываются и из них выделяется густой гной.

Не считая описанных выше явлений, мягкий шанкр не причиняет большого ущерба здоровью и не дает тяжелых осложнений. Возбудитель, по-видимому, не передается во время родов младенцам от инфицированных матерей (Ronald, Albritton, 1984).

Диагноз и лечение мягкого шанкра

Диагноз мягкого шанкра ставится на основании клинических данных, полученных при осмотре; методы диагностики путем исследования крови не разработаны (Schmid et al., 1987).

Лечение проводят с помощью антибиотиков - либо эритромицина в виде таблеток, принимаемых в течение недели, либо одной инъекции цефтриаксона (Centers for Disease Control, 1989). Обычно эти антибиотики оказываются высокоэффективными; если же (в течение недели после начала лечения) улучшения не наблюдается, то следует проверить, правильно ли поставлен диагноз, не заражен ли данный больной какой-либо другой БППП, в частности СПИДом, или не устойчив ли данный штамм H. ducreyi к использованному антибиотику.

Всякий, имевший половой контакт с больным в 10-дневный период, предшествовавший началу заболевания, или во время заболевания, должен пройти обследование и лечение независимо от наличия или отсутствия симптомов (Centers for Disease Control, 1989).

Генитальный герпес

Вирусы герпеса и вызываемые ими инфекционные болезни - ветряная оспа, простой герпес, опоясывающий лишай - в настоящее время распространены так же широко, как и тысячи лет тому назад. Название "герпес" ввели древнегреческие врачи, производя его от слова "герпейн" ("ползать"), в соответствии с характером распространения - расползания - типичных для этой болезни кожных высыпаний; впервые герпес описали римские врачи в I-II вв. д.н.э.; в наши дни герпес привлекает к себе значительное общественное внимание.

В настоящее время в США зарегистрировано примерно 40 млн. больных, к которым ежегодно добавляется еще 500 000 новых. Если одни считают его относительно безобидной кожной инфекцией с мало приятными, но кратковременными симптомами, то, по мнению других, герпес угрожает жизни или даже ниспослан Небом в наказание за распущенный образ жизни; так или иначе эпидемия генитального герпеса, разразившаяся в 1980-х гг., обсуждалась в средствах массой информации не меньше, чем президентские выборы 1983 г., пока ее не затмила проблема СПИДа.

Генитальный герпес вызывают две разные, но родственные формы вируса Herpes simplex, известные как вирус герпеса типа 1 и вирус герпеса типа 2. Прежде вирус герпеса типа 1 вызывал почти исключительно опоясывающий лишай и простой герпес, а возбудителем генитального герпеса почти неизменно был вирус типа 2. В настоящее время этой разницы больше не существует: в США вирус типа 1 вызывает теперь от 10 до 20% случаев генитального герпеса (Peter, Bryson, Lovert, 1982), а в Японии - 35% (Corey et al., 1983). По мнению некоторых исследователей, этот "перекрест" возбудителей связан с повышением за последние годы частоты орально-генитального секса, однако неясно, насколько такое объяснение правильно.

Проведенное недавно в масштабах США исследование образцов крови, собранных в конце 1970-х гг., показало, что 16,4% населения страны в возрасте от 15 до 74 лет было заражено герпесом типа 2 (Johnson et al., 1989). Антитела к вирусу герпеса типа 2 выявлялись только у 1% лиц моложе 15 лет, тогда как в возрасте 30-44 года - у 20% лиц; у представителей черной расы оно было во всех возрастных группах существенно выше, чем у белых (рис. 19.3).

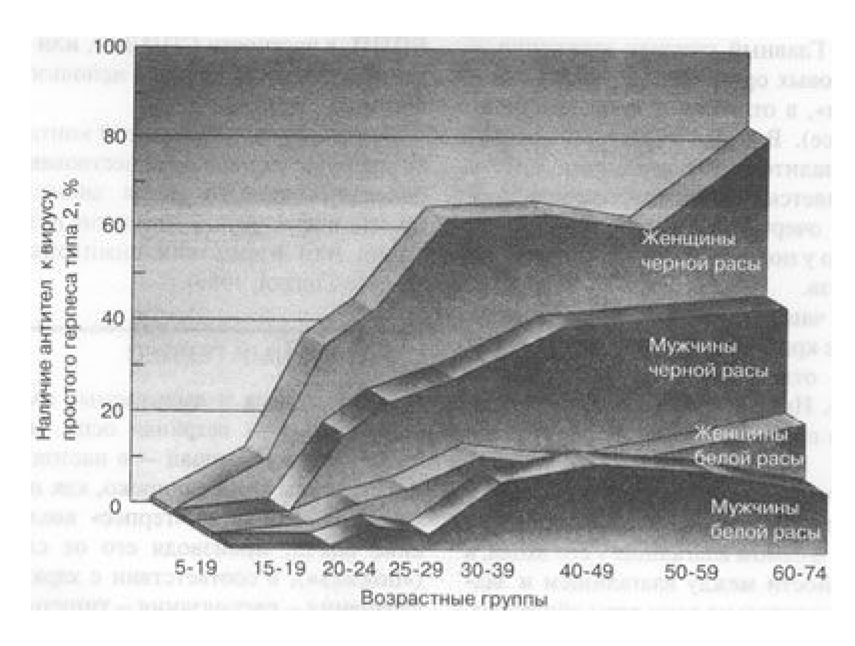


Рис. 19.3

Распространенность антител к вирусу простого герпеса типа 2 в группах населения, различающихся по возрасту, расе и полу (R. Johnson et ai, New England Journal of Medicine, 321:7-12, 1989)

Черточки между цифрами по оси абсцисс указывают средние точки данной возрастной группы

Генитальный герпес обычно передается при половом контакте. Передача может произойти в результате непосредственного контакта с инфицированными половыми органами при половом сношении, при трении половых органов друг о друга, при орально-генитальном контакте, анальном половом акте или орально-анальном контакте. Кроме того, возможно инфицирование кожи пальцев, бедер и других областей в случае нарушения ее целости (порезы, сыпь, другие повреждения).

Риск заражения генитальным герпесом для женщин при контакте с инфицированным мужчиной, имеющим выраженные симптомы болезни, составляет, по оценкам, 80-90% (Straus et al., 1985). Для мужчины риск заразиться в результате однократного полового контакта с больной женщиной оценивается примерно в 50%.

В части случаев генитальный герпес распространяется менее прямым путем. Например, вирус простого герпеса может быть передан через поцелуй, и возникший герпес ротовой полости может затем распространиться путем аутоинфицирования, если, после того как пальцы побывали во рту, человек дотронется ими до своих половых органов. В нескольких недавних сообщениях отмечалось, что вирус герпеса может выжить, во всяком случае в течение нескольких часов, на сиденьях унитазов, пластмассе и тканях, что делает возможным заражение генитальным герпесом неполовым путем (Larson, Bryson, 1982; Turner et al., 1982; Nerurkar et al., 1983). Вряд ли, однако, такой способ передачи распространен. Вирус герпеса, по-видимому, теряет жизнеспособность под действием химических средств, применяемых обычно для чистки ванн (Nerurkar et al., 1983). Генитальный герпес переносится также при искусственном осеменении (Moore et al., 1989), а в одном случае была показана его передача через поцелуй с прокусыванием губ (del Rosario, Blair, Rickman, 1987).

Согласно последним данным, генитальный герпес может передаваться половым партнером, у которого симптомы заражения отсутствуют, т.е. нет герпетических высыпаний, жжения или зуда в половых органах (Rooney et al., 1986; Mertz et al., 1988; Brock et al., 1990). Эти сведения особенно тревожны, поскольку означают возможность передачи инфекции лицами, не подозревающими о том, что являются ее носителями. Возможно, что такая передача происходит редко, однако даже если ее частота в 10 раз ниже частоты передачи больными с ясно выраженными симптомами, то таким путем будет заражена 1 из каждых 20 жертв герпеса.

Проблема передачи вируса при бессимптомном течении болезни осложняется еще и тем, что вирус герпеса достигает высоких концентраций в семенной жидкости, слизистых выделениях шейки или влагалища лишь эпизодически, а потому отрицательные результаты, полученные при посеве сегодня, могут смениться положительными, если повторить посев спустя неделю. Поэтому больной генитальным герпесом в бессимптомной стадии может не опасаться заразить партнера только после того, как три посева подряд, проведенные с недельными перерывами, дали отрицательные результаты.

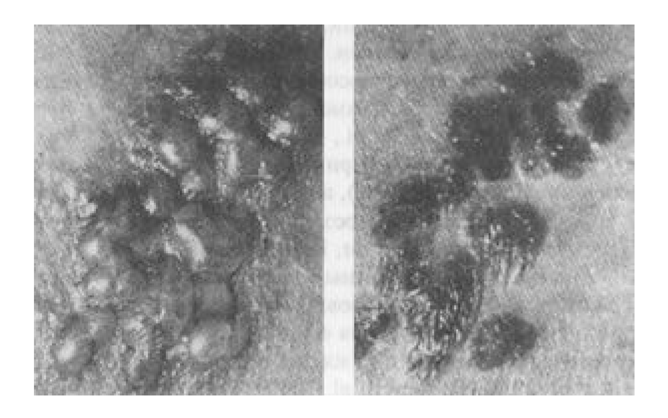
Симптомы генитального герпеса

Для генитального герпеса характерно появление на половых органах скоплений мелких болезненных пузырьков, которые через нескольких дней лопаются, оставляя на своем месте мелкие язвочки. У мужчин пузыри образуются чаще всего на половом члене, но иногда в мочеиспускательном канале и прямой кишке. У женщин они образуются обычно на половых губах, реже в шейке матки или в анальной области.

Первая атака генитального герпеса у 39% мужчин и 68% женщин сопровождается повышением температуры, головной болью, мышечными болями; все это продолжается в течение 2-3 дней (Corey et al., 1983). Почти во всех случаях отмечается болезненное жжение в местах образования пузырьков. К другим относительно обычным симптомам относятся боль или жжение при мочеиспускании, выделения из мочеиспускательного канала или влагалища и болезненность при пальпации, а также набухание паховых лимфатических желез; это явления постепенно исчезают в течение 1-2 недель. Более тяжелые осложнения, наблюдаемые при первой атаке, причем чаще у женщин, чем у мужчин, - это асептический менингит, возникающий, согласно оценкам, в 8% случаев, глазные инфекции (у 1% больных) и инфекции шейки матки (у 88% женщин с первичной инфекцией вирусом герпеса типа 2 (Peter, Bryson, Lovett, 1982; Corey et al., 1983; Langston, 1983).

В типичном случае при первом заражении генитальным герпесом образуется 10-20 болезненных пузырьков на половых органах. Такие общие симптомы, как повышение температуры или головная боль, если они наблюдаются, обычно бывают выражены особенно сильно в первые четыре дня после появления пузырьков, а затем, в течение первой недели болезни, постепенно слабеют. После того как пузырьки разрываются, на их месте образуются довольно крупные красноватые мокнущие язвы, заживающие обычно за 1-2 недели. Язвы на половом члене или на лобке, прежде чем зажить, покрываются коркой, а на половых губах они заживают, не образуя корок. При первых атаках генитального герпеса кожные поражения держатся в среднем 16,5 дней у мужчин и 19,7 дней у женщин (Corey et al., 1983), однако при развитии вторичной бактериальной инфекции заживление может наступить позднее.

Несмотря на спонтанное заживление пузырьков и язв в пределах 1-3 недель, вирус простого герпеса проникает в нервные волокна тазовой области и продолжает существовать в латентном состоянии в крестцовом отделе спинного мозга. Примерно в 10% случаев повторных атак вируса не происходит, однако у многих больных генитальный герпес дает рецидивы, происходящие с различной частотой - от одного раза в месяц до одного раза в несколько лет(Если первая атака генитального герпеса была вызвана вирусом типа 1, то рецидивы возникают только в 55% случаев (Corey et al., 1983).). Повторные атаки иногда провоцируются эмоциональным стрессом, болезнью, солнечным ожогом, физическим истощением или экстремальными климатическими условиями, но могут возникать и без видимых причин (Glaser et al., 1985; Wyngarden, 1988; Kemenyetal., 1989). Как правило, рецидивы протекают в менее острой форме, чем первая атака, так как после нее организм способен мобилизовать антивирусные антитела. Во многих случаях рецидивы герпеса спустя несколько лет прекращаются (Gillespie, 1982).



Буллезные высыпания при генитальном герпесе до начала лечения(слева) и спустя 4 дня после лечения (справа).

Рецидивам иногда предшествуют продромальные симптомы, возникающие за 36 ч до появления пузырьков. К таким симптомам относятся зуд или покалывание в половых органах или вблизи от них, болезненность при давлении или сильная боль в паховой области и жжение или боль при мочеиспускании или дефекации. Хотя за этими симптомами не всегда следует активная вспышка, а некоторые рецидивы протекают совершенно бессимптомно, тем не менее, если такие симптомы возникают, они заслуживают внимания. Во-первых, они свидетельствуют о том, что человек способен передавать инфекцию еще до появления кожных высыпаний, когда вирус герпеса может находиться в семенной жидкости или в выщелениях из шейки матки или влагалища. Во-вторых, они дают возможность предупредить вспышку герпеса, приняв меры, снижающие стресс (например, больше спать, хорошо питаться, избегать употребления спиртных напитков и препаратов, подавляющих иммунную систему организма) (Gillespie, 1982; Langston, 1983).

Многие аспекты генитального герпеса нам еще не вполне ясны; не совсем понятно, в частности, почему у одних больных он никогда не рецидивирует, тогда как у других повторяется неоднократно; ведь никто не огражден от стрессов или таких болезней, как, например, грипп, который часто провоцирует вспышки герпеса. По-видимому, существуют разные штаммы вирусов герпеса типа 1 и типа 2, различающихся по своей вирулентности; кроме того, известную роль играют индивидуальные различия в сопротивляемости, т.е. в состоянии иммунной системы. Было бы, однако, ошибочным считать, что те, у кого генитальный герпес рецидивирует, не заботятся о своем здоровье или заражаются вновь от другого полового партнера, поскольку обычно причина не в этом. Важно понимать, что даже если не наблюдается никаких рецидивов, человек на всю жизнь остается зараженным вирусом герпеса и может передать его любому половому партнеру.

В настоящее время складывается впечатление, что рецидивы в значительной мере зависят от типа вируса (Lafferty et al., 1987). Поражения ротовой полости или губ чаще всего обусловлены вирусом типа 1, но редко наблюдаются при заражении вирусом типа 2, тогда как при рецидивах, связанных с заражением вирусом типа 2, высыпания на половых органах возникают в 6 раз чаще, чем в ротовой полости.

Недавно было обнаружено что почти половина больных, у которых инфекция считалась "бессимптомной", научились распознавать у себя высыпания на половых органах, не похожие на обычные для герпеса пузырьки, а в виде слабого наружного раздражения или же небольших трещин кожи на половых органах (Langenberg, 1989). Очень важно, чтобы

больной понял, что это симптомы герпеса и что следует прекратить половые контакты на период повышенной контагиозности.

С генитальным герпесом связаны особые проблемы. Первая проблема состоит в том, что если больная беременна, вирус может проникнуть через плаценту в плод и вызвать у него врожденные дефекты. К счастью, это случается редко. Полагают также, что герпес вызывает самопроизвольный аборт или преждевременные роды (Nahmias et al., 1971), однако эти данные вызывают сомнения (Vontver et al., 1982). Очень опасно заражение плода в процессе родов, при прохождении через шейку матки и влагалище, поскольку такое заражение на 50% повышает смертность новорожденных или развитие у них тяжелых повреждений головного мозга или глаз (Binkin, Alexander, 1983). За последние 15 лет частота заражения новорожденных герпесом значительно возросла, возможно, в связи с повышением его распространенности среди населения в целом (Sullivan-Boliay et al., 1989). При первой атаке генитального герпеса у матери риск заражения плода в процессе нормальных родов достигает 50%; при рецидиве риск оценивается в 5% (Corey etal.,, 1983; Proberetal., 1987). Ситуация осложняется еще и тем, что инфицирование плода возможно даже в тех случаях, когда у матери ко времени родов отсутствуют какие-либо симптомы генитального герпеса. Как показано в одной работе, культуральные исследования, которые проводят в течение четырех недель, предшествующих родам, не позволяют точно установить, существует риск заражения плода во время родов вирусом простого герпеса или нет (Arvin et al., 1986). Поэтому беременным женщинам с генитальным герпесом в активной фазе часто рекомендуется кесарево сечение (Prober et al., 1988), однако решать это должна в каждом случае сама женщина со своим врачом. Кроме того, ребенок может заразиться после рождения, если у матери или у отца имеются поражения во рту, или получить вирус с материнским молоком.

Вторая серьезная проблема состоит в том, что вирус простого герпеса типа 2, по-видимому, как-то связан с раком шейки (McDougall et al., 1980; Kessler, 1979; Graham et al., 1982) и раком вульвы (Schwartz et al., 1981). Хотя эти раковые заболевания возникают не у всех инфицированных генитальным герпесом, но поскольку они поддаются излечению только на ранних стадиях, всем женщинам с этой инфекцией рекомендуется каждые шесть месяцев проходить тест Папаниколау и гинекологическое обследование.

Третья проблема возникла в связи с рядом недавних сообщений о том, что генитальный герпес, видимо, повышает восприимчивость к ВИЧ-инфекции, вызывающей СПИД (Cannon et al., 1988; Holmberg et al., 1988; Stamm et al., 1988). В настоящее время считается, что изъязвления на половых органах, вызванные герпесом, облегчают проникновение ВИЧ в организм, тогда как при сохранении целости покровных тканей устойчивость к вирусу иммунодефицита человека выше.

Эмоциональная реакция на заражение

Эмоциональная реакция людей на обнаружение у них герпеса столь же разнообразна, как и физическая тяжесть заболевания. Многие в первый момент испытывают шок, возмущение и отказываются поверить в случившееся: "Это не может произойти со мной". Их гнев обычно (что вполне понятно) направлен прежде всего на партнера, от которого они заразились, но иногда бывает обращен и на самих себя. Один мужчина сказал нам: "Я думаю, это расплата за то, что я спал с кем попало". Неудивительно, что герпес иногда приводит к конфликтам и подозрениям между супругами или состоящими в длительной связи партнерами. Когда один из партнеров заражает другого, это расценивается как доказательство сексуальной неверности, что, однако, не всегда справедливо; например, человек мог заразиться за много лет до возникновения связи с нынешним партнером, но

вирус все это время пребывал в латентном состоянии, а затем реактивировался. Так или иначе, обнаружение герпеса может привести к такому разладу, что партнеры из любовников превращаются во врагов.

Женщина 28лет: Когда я узнала, что у меня герпес, я чуть не сошла с ума. Я понимала, что муж будет возмущен, но знала также, что попытки скрыть это бесперспективны. Поэтому я рассказала ему все, надеясь, что он поймет - сделанного не вернешь. Однако я никак не ожидала такой реакции с его стороны: он вдруг отказался приближаться ко мне; он допрашивал меня в мельчайших деталях о том, куда я иду. Он ревновал, кипел от гнева, отталкивал меня, и все закончилось мучительным разводом. (Из картотеки авторов)

Естественно, что и у одиноких людей генитальный герпес сопряжен по меньшей мере со столь же тяжелыми переживаниями. Многие одинокие ге-теросексуалы считают, что риск заболеть СПИДом для них невелик, а потому нередко студенты и другие молодые люди гораздо больше боятся заразиться герпесом, чем СПИДом. Вот несколько типичных высказываний интервьюированных лиц: "Мне была бы невыносима мысль, что до конца жизни я останусь зараженным. Случайный секс может быть занятным, однако он того не стоит"; "Для меня это как игра в русскую рулетку, только при этом на карту поставлено мое спокойствие"; "Как я могла бы выйти замуж, если бы была заражена герпесом? Мне пришлось бы выйти за того, кто тоже заражен"

.

Иногда больные герпесом обращаются в службы знакомств, чтобы найти партнера среди таких же больных. Другие испытывают такой сильный стыд и депрессию из-за постигшей их беды, что совершенно прекращают всякое общение. Те, кто продолжают встречаться с женщинами (или мужчинами), сталкиваются со сложной проблемой: рассказать о том, что они заражены герпесом, или нет. Некоторые считают откровенность своим нравственным долгом, но приходят в смятение от того, с какой быстротой их честность отпугивает потенциальных супругов. (Не все, однако, реагируют таким образом. Одна женщина сказала нам: "по крайней мере, если они оставались при мне, я знала, что это я их интересую".) К сожалению, есть и те, кто в обмане партнеров не видят ничего страшного; в случае вспышки заболевания они предполагают, по-видимому, как-то оправдать свое воздержание (такая тактика не всегда позволяет избежать передачи инфекции) или же убеждают себя, что и это не имеет значения, поскольку вокруг так много герпеса

.

Такому безответственному поведению, приводящему к распространению генитального герпеса, постепенно приходит конец, причем отчасти по экономическим причинам: за несколько последних лет лицами, которых половые партнеры заразили этой болезнью, были возбуждены и выиграны сотни гражданских дел, причем в ряде случаев штрафы достигали миллиона долларов.

Те, кто, заразившись генитальным герпесом, оказались буквально раздавлены эмоциональными муками - а это может произойти даже с самыми благополучными, психологически уравновешенными людьми, - часто находят помощь в группах поддержки, состоящих из таких же больных. Национальным центром герпесной инфекции Американской ассоциации здравоохранения создана организация HELP ("Больные герпесом, старающиеся жить продуктивно"), имеющая отделения более чем в 40 больших городах по всей стране; она снабжает больных герпесом необходимой информацией, разъясняет им перспективы на будущее, а также дает немало практических советов. В

некоторых случаях, особенно если на почве герпеса возникают сексуальные проблемы или развивается тяжелая депрессия, может помочь психотерапия. Однако большинство больных, пережив первоначальный шок, довольно легко приспосабливаются к болезни и считают, что она редко нарушает течение их жизни. К сожалению, средства массовой информации часто представляют такие искаженные и тревожные "факты" о генитальном герпесе, что скорее пугают многих людей вместо того, чтобы успокоить и просветить их.

Диагноз и лечение генитального герпеса

Врач может обычно поставить точный диагноз герпеса в острой фазе на основании физикального исследования пузырьков и/или язв на половых органах. Однако иногда за герпес можно принять пузырьки или язвы, вызванные другими БППП или же возникшие в результате воспалительного процесса. Таким образом, диагностировать герпес не всегда бывает просто. Для уточнения диагноза используют ряд лабораторных анализов. К ним относятся (в порядке возрастания точности): 1) у женщин - тест Папаниколау; 2) анализ крови для определения количества антител против вируса герпеса; 3) выращивание культуры герпеса (материал для посева обычно получают, прижимая к пузырьку или язве ватный тампон).

Несмотря на упорные поиски, способы лечения генитального герпеса пока не найдены. Некоторое ослабление симптомов, особенно при первых атаках дает новый лекарственный препарат - ацикло-вир. Прием его внутрь в первые 5-6 недель после появления первых симптомов генитального герпеса сокращал продолжительность выделения вируса в среду (и соответственно присутствие его в семенной жидкости или вагинальных выделениях) на две трети по сравнению с наблюдавшейся у больных, получавших плацебо (Bryson et al., 1983; Mertz et al., 1984). В этих же исследованиях было отмечено, что ацикловир ускоряет заживление кожных поражений при генитальном герпесе на 4-9 дней. Кроме того, непрерывный прием препарата в течение длительного времени способствует снижению как числа рецидивов, так и их длительности; по данным нескольких исследований, частота рецидивов понизилась по крайней мере на 75% (Douglas et al., 1984; Mindel et al., 1984; Straus et al., 1984). Однако при возникших рецидивах лечебный эффект ацикловира выражен намного слабее (Straus etal., 1985).

В настоящее время нельзя с уверенностью говорить о полной безопасности длительного (обычно 6 мес) приема ацикловира, поскольку достаточно обширных исследований не проводилось. Однако, судя по предварительным данным, препарат безопасен и эффективен при использовании вплоть до 4 лет (Mertz et al., 1988a; Straus et al., 1988). Поскольку широкое применение ацикловира может привести к возникновению устойчивых к нему штаммов вируса (Hirsch, Schooley, 1989; Erlich et al., 1989), длительный прием препарата назначают только тем больным, у которых рецидивы особенно частые и болезненные (Straus et al., 1985). Изучается также возможность использования и других антивирусных препаратов для лечения гениталь-ного герпеса; наряду с этим исследователи объединенными усилиями пытаются создать вакцину, которая бы предупреждала самую возможность заражения.

При первичной атаке герпеса или при рецидивах нередко могут помочь такие неспецифические меры, как прием аспирина (или его аналогов) и холодные влажные компрессы для облегчения болей. Кроме того, чтобы ослабить раздражение, следует избегать тесного белья или одежды, подмываться несколько раз в день теплой водой с мылом и обсушивать кожу чистым полотенцем, не растирая, а лишь промокая ее; не следует дотрагиваться до глаз, после того как руки прикасались к половым органам; лучше всего иметь отдельное полотенце для лица, чтобы избежать случайного переноса

вируса с половых органов на глаза. Полотенца и другое белье больного надо держать отдельно от остального белья, так как они могут быть инфицированы.

Следует полностью исключить половые контакты с момента появления генитального герпеса и возобновлять их не раньше, чем спустя 10 дней (при первой атаке) или спустя 2 дня (при рецидивах) после полного исчезновения симптомов. К сожалению, у ряда больных выделение вируса происходит постоянно, независимо от наличия или отсутствия кожных поражений или других симптомов, так что гарантировать от риска передачи инфекции невозможно. До некоторой степени ее может предотвратить презерватив, однако этот способ нельзя считать абсолютно надежным, так как презерватив покрывает не все поражения и его не всегда надевают с самого начала полового контакта; более того, он может вызывать раздражение кожи.

См. Генитальный герпес

Вирусный гепатит

Вирусный гепатит - инфекционная болезнь печени, тяжесть течения которой варьирует от бессимптомного состояния или слабых желудочно-кишечных проявлений (отсутствие аппетита, несварение желудка, понос) до острой изнурительной болезни с высокой температурой, желтухой, рвотой, болями в животе, а в некоторых случаях и с более тяжелыми нарушениями вплоть до смертельного исхода. Известно четыре главных типа вирусного гепатита: гепатит А, гепатит В, гепатит С и дельта (тип О)-гепатит. Все четыре типа могут передаваться половым путем.

См. Гепатиты

См. Диагностика гепатитов

Пути передачи вирусных гепатитов

Гепатит А

Продолжительность инкубационного периода гепатита А (прежнее название - инфекционный гепатит) составляет от 15 до 45 дней. Возбудитель распространяется главным образом фекально-оральным путем, передаваясь от человека к человеку, а также при эпидемиях, вызванных загрязнением пищи (обычно по вине инфицированных людей, через руки которых проходят пищевые продукты) и при поедании плохо проваренных раков из водоемов, загрязненных отходами (в основном, в промышленно развитых странах). Частота заболеваний гепатитом А среди мужчин-гомосексуалов выше, чем среди гетеросексуалов (Corey, Holmes, 1980; Fawaz, Matloff, 1981). По-видимому, это объясняется главным образом практикой орально-анального секса, следовательно, во всяком случае среди гомосексуалов, гепатит А может иногда передаваться половым путем. (Эта инфекция может передаваться в результате орально-анальных контактов и между гетеросексуальными партнерами, однако среди них такие контакты относительно редки.)

См. Гепатит А

Гепатит В

Гепатит В, который раньше называли сывороточным гепатитом, обычно распространяется через кровь или фракции крови, но возможна передача и со слюной, семенной жидкостью, выделениями влагалища и другими биологическими жидкостями (Zuckermann, 1982). Многие из примерно 200 000 случаев гепатита В, ежегодно регистрируемых в США, обусловлены передачей вируса половым путем (Brandt, 1982; Alter et al., 1989). Наивысшая частота этого заболевания отмечается среди мужчин -гомосексуалов (Reiner et al., 1982; Schreeded et al., 1989). Заслуживает внимания, однако, то обстоятельство, что в период между 1981 и 1988 гг. доля заражений гепатитом В, возникших в результате гомосексуальных связей, сократилась на 62% (Alter et al., 1990). Считается, что травмы слизистой прямой кишки при половом акте, мануальная ее стимуляция или частые клизмы способствуют распространению этой инфекции.

Как показывает анализ распространения гепатита В среди разных групп населения, 40-60% больных составляют мужчины-гомосексуалы и только 4-18% - мужчины-гетеросексуалы (Alter et al., 1986). В этой же работе было установлено, что среди студентов-гетеросексуалов, имевших в течение 4 мес, предшествовавших исследованию трех и более половых партнеров, заразилось гепатитом В 14%, тогда как среди студентов, имевших за тот же период менее трех партнеров - только 1,5%. По мнению Дана (Dan, 1986), эти результаты могут означать, что люди, образ жизни которых располагает к многочисленным половым связям, фактически вращаются в среде, где повышена частота гепатита В. Из этого следует, что риск заражения для человека, часто меняющего половых партнеров, не просто пропорционален числу партнеров, но значительно выше, поскольку каждый из его партнеров представляет с медицинской точки зрения большую опасность, т.е. имеет больше шансов оказаться носителем вируса гепатита В. Последующее исследование подтвердило, что среди гете-росексуалов с гепатитом В доля имевших многочисленных половых партнеров была выше, чем среди гетеросексуалов контрольной группы (Alter etal., 1989).

Примерно 5-10% взрослых, зараженных гепатитом В, являются бессимптомными носителями инфекции; в США их численность оценивается в 400-800 тыс. человек, а во всем мире - в 150-200 млн. Носительство, т.е. состояние, при котором человек как бы не болен, но тем не менее способен передавать инфекцию другим, может сохраняться месяцами, годами или в течение всей жизни, У носителей вируса гепатита В повышен риск возникновения рака печени.

См. Гепатит В и беременность

Гепатит С

Недавно ученым удалось, наконец, идентифицировать вирус гепатита С, т.е. того гепатита, который долгое время называли "ни-А, ни-В" (Alter, Sampliner, 1989; Davis et al., 1989; Di Bisceglie et al., 1989; Kuo et al., 1989). В настоящее время, по оценкам, в США ежегодно возникает 150 тыс. случаев гепатита С, причем около 10% из них обусловлено переливаниями крови (Alter, Sampliner, 1989). Антитела к вирусу гепатита С были обнаружены у 1% добровольных доноров (Stevens et al., 1990). Установлено также, что, вопреки прежним представлениям, в распространении этой формы гепатита существенную роль играют гетеросексуальные контакты (Alter et al., 1989). Другой важный путь передачи - внутривенные инъекции наркотиков.

В настоящее время на гепатит С приходится более 90% всех случаев гепатита, развивающихся после переливаний крови; ситуация усугубляется тем, что по крайней мере у половины из заболевших гепатитом в острой форме развивается в конечном итоге

хронический гепатит, который обычно приводит к циррозу или раку печени (Alter, Sampliner, 1989; Davis et al., 1989).

См. Гепатит С и беременность

Гепатит Д

Дельта-гепатит, называемый также гепатитом D, был впервые обнаружен в конце 1970-х гг.; в США он встречается редко. Вирус гепатита D способен размножаться только в присутствии вируса гепатита В (Hoffnagle, 1989). Можно сказать, что он "въезжает в организм человека, оседлав вирус гепатита В" - либо в период развития острого гепатита В, либо позднее, на фоне хронического гепатита В. Как в том, так и в другом случае возникает очень тяжелое заболевание с высокой смертностью и с серьезным необратимым поражением печени у тех, кому удалось выжить. В отличие от других типов гепатита оно дает длительные, опасные вспышки в изолированных сообществах. Особенно часто гепатит D встречается в Средиземноморье и на Среднем Востоке, но он редок на севере Европы, в Западном полушарии, Китае и в Юго-Западной Азии.

Дигностика и лечение гепатитов

Гепатит диагностируется на основании лабораторных анализов (например, анализов крови, которые выявляют изменение спектра печеночных ферментов), а тип гепатита определяют с помощью иммунологического анализа крови. Лечение обычно симптоматическое, госпитализация необходима только в тяжелых случаях. В 1989 г. был достигнут крупный успех в лечении гепатита С: было установлено, что а-интерферон во многих случаях предотвращает разрушение клеток печени вирусом гепатита С, хотя после прекращения введения интерферона часто возникают рецидивы (Davis et al., 1989; Di Bisceglie et al, 1989).

См. Диагностика гепатитов

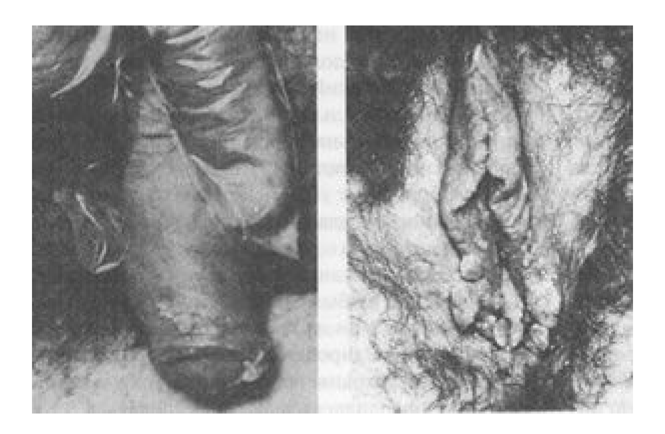
Людям, тесно контактирующим с больными гепатитом А, можно создать частичный иммунитет с помощью инъекции сывороточного глобулина, однако на практике время контакта обычно исчисляется неделями, пока больному не поставят диагноз. Против гепатита В в настоящее время созданы безопасные и надежные вакцины (Haider et al., 1986); их рекомендуется вводить всем подверженным высокому риску заражения: мужчинам гомо-и бисексуалам, гетеросексуалам с многочисленными половыми партнерами, наркоманам, всем медицинским работникам и членам семей носителей гепатита В (Hoffnagle, 1989a). Вакцины против гепатита С не существует. Поскольку гепатит D сопряжен с инфицированием вирусом гепатита В, его можно эффективно предотвратить вакцинацией против гепатита В.

См. Вакцинация против гепатита

Остроконечные кондиломы (генитальные бородавки)

Остроконечные кондиломы (condilomata accuminata) - это сухие, обычно безболезненные бородавки, вырастающие на половых органах или вблизи отних и вокруг анального отверстия. Согласно недавней правительственной оценке, в США на сегодня зарегистрировано 12 млн. человек с остроконечными кондиломами, к которым ежегодно добавляется 750 тыс. новых случаев (Goldsmith, 1989). Эти бородавки, обычно розового

или серовато-белого цвета, напоминающие по форме цветную капусту, вызывает вирус папилломы человека (ВПЧ), передающийся половым путем.



Остроконечные кондиломы у мужчины (слева) и у женщины (справа).

ВПЧ проникает в эпителиальные (покровные) клетки и вызывает их трансформацию, в результате которой они непрерывно делятся (Marx, 1989), образуя аномальную ткань, превращающуюся в конечном счете в бородавку.

Когда-то считалось, что генитальные бородавки порождают чисто косметические проблемы и не имеют отношения к болезням, однако теперь стало ясно, что ВПЧ может привести к раковому перерождению клеток и служит одной из распространенных причин рака шейки матки и других злокачественных заболеваний анальной и генитальной областей, в том числе рака полового члена (Rando, 1988; Marx, 1989; Reeves etal., 1989). Например, в обширном исследовании, проведенном в Латинской Америке, показано, что у больных раком шейки матки ВПЧ типов 16 или 18 выявлялся в этом органе вдвое чаще, чем в контрольной группе (Reeves et al., 1989). Совершенно ясно, что вирус папилломы - не единственный фактор, вызывающий эти раковые заболевания, и ученые в настоящее время пытаются определить, какова роль этих широко распространенных вирусов в развитии злокачественных новообразований и почему последние возникают только у части зараженных ВПЧ.

В одном из исследований ВПЧ был обнаружен у 29% беременных женщин (Gissman, Schwarz, 1986); при упоминавшемся выше обследовании, проведенном в Латинской Америке, заражение шейки матки ВПЧ было обнаружено у 32% женщин контрольной группы (Reeves et al., 1989). Мужчины - половые партнеры женщин, зараженных ВПЧ - обычно тоже бывают заражены; сообщалось, что почти у 3/4 мужчин с кожными поражениями половых органов был обнаружен ВПЧ (Kennedy, 1988). Следует добавить, что поскольку остроконечные кондиломы обычно сосуществуют с другими БППП, все, у кого возникли такого рода образования, нуждаются в тщательном медицинском обследовании, чтобы исключить возможность бессимптомной гонореи, хламидиоза или сифилиса. Считается, что остроконечные кондиломы встречаются преимущественно у подростков и совсем молодых людей, т.е. именно в том возрасте, когда чаще всего происходит заражение гонореей.

Симптомы остроконечных кондилом

Генитальные бородавки, как указывает их название, обычно возникают на наружной или внутренней поверхности половых органов, но иногда обнаруживаются, например, в ротовой полости, на веках, на сосках и вокруг анального отверстия. (Генитальные

бородавки, или остроконечные кондиломы - отнюдь не то же самое, что обычные бородавки, встречающиеся практически на любых участках кожи.)

У мужчин генитальные бородавки могут возникать на любой части полового члена. Они бывают расположены у самого отверстия мочеиспускательного канала (где они обычно ярко-красного цвета), на уздечке крайней плоти, на головке члена или на венечной борозде, внутренней поверхности крайней плоти, а также на теле полового члена. По внешнему виду бородавки варьируют от малюсеньких одиночных точечных выростов до крупных образований неправильной формы с неровной поверхностью, возвышающихся на 1-1,5 см над поверхностью полового члена.

У женщин генитальные бородавки образуются обычно на половых губах, у входа во влагалище или во внутренней его трети и на шейке матки. Иногда они имеют вид относительно изолированных серовато-розовых кусочков ткани, но могут и образовывать огромные скопления, буквально покрывающие наружные половые органы. (Известны случаи, когда они разрастались до такой степени, что заполняли родовой канал, заставляя прибегать к кесареву сечению.) Так же, как и у мужчин, генитальные бородавки у женщин могут расти прямо у отверстия мочеиспускательного канала. Для большинства людей генитальные бородавки неприятны прежде всего эстетически, однако если они сильно разрастаются, то возникает и механический дискомфорт (особенно во время полового акта). Кроме того, крупные генитальные бородавки чаще подвергаются вторичной инфекции или изъязвлению (обычно в результате трения о белье). Изредка они начинают кровоточить, особенно если достигают больших размеров.

Диагноз и лечение остроконечных кондилом

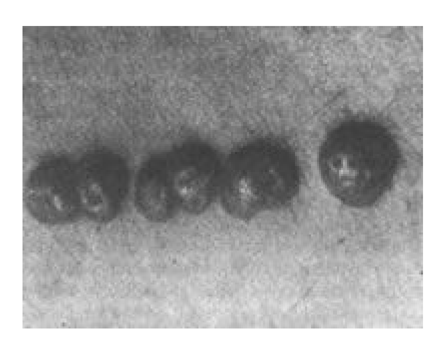
Опытный врач обычно без труда распознает генитальные бородавки. Однако, поскольку сходные образовния возникают при вторичном сифилисе (их называют широкими кондиломами, или condyloma lata), необходимо, как уже упоминалось выше, делать анализ крови на сифилис в каждом случае появления бородавок на половых органах. В настоящее время во многих центрах проводят определения специфической ДНК вируса папиломы человека, однако пока еще неясно, какое это может иметь практическое значение для выбора метода лечения.

Радикального метода борьбы с ВПЧ пока не найдено (Centers for Disease Control, 1989) и лечение сводится к устранению образовавшихся бородавок. Существует несколько методов такого лечения: 1) разрушение бородавок путем многократной обработки в течение коротких периодов времени раствором подофиллина, разъедающего ткань (обработку должен проводить дипломированный медицинский работник; ее не следует проводить самостоятельно, а также при беременности); 2) еженедельная обработка бородавок три-хлоруксусной кислотой; 3) безболезненное прижигание бородавок углекислотным лазером; 4) замораживание бородавок жидким азотом, обычно разрушающее их за один-два раза; 5) инъекции интерферона в основание бородавок. К сожалению, после лечения любым из этих методов бородавки могут появиться вновь, так как ни один из них не позволяет ликвидировать вызывающий бородавки ВПЧ: вирус сохраняется в тканях, окружающих место, где находилась удаленная бородавка.

Мужчина, у которого появились генитальные бородавки, должен применять при половой активности презервативы, чтобы понизить риск передачи ВПЧ своему партнеру. (Для безопасности рекомендуется пользоваться презервативами постоянно, а не только при обнаружении бородавок.) Если же у партнера были шансы заразиться, желательно, чтобы он прошел медицинское обследование и выяснил, не требуется ли ему лечение.

См. Вирус папилломы человека

Контагиозный моллюск



Контагиозный моллюск вызывается одним из вирусов оспы, который в типичном случае приводит к образованию на наружных половых органах, бедрах, ягодицах или нижней части живота узелков, приподнятых над поверхностью кожи. Величина этих безболезненных поражений, появляющихся обычно спустя 3-6 недель после заражения, варьирует от 1 мм до 1 см в диаметре; они имеют розовато-оранжевую окраску с перламутровой верхушкой. При надавливании на узелок из него, как из угря, выделяется творожистая пробка. Чаще всего контагиозный моллюск не доставляет серьезных неприятностей и исчезает сам по себе примерно в течение 6 мес; поэтому лечение требуется не во всех случаях. Удаление производят местным применением жидкого азота или сухого льда.

Лобковые вши (площицы)

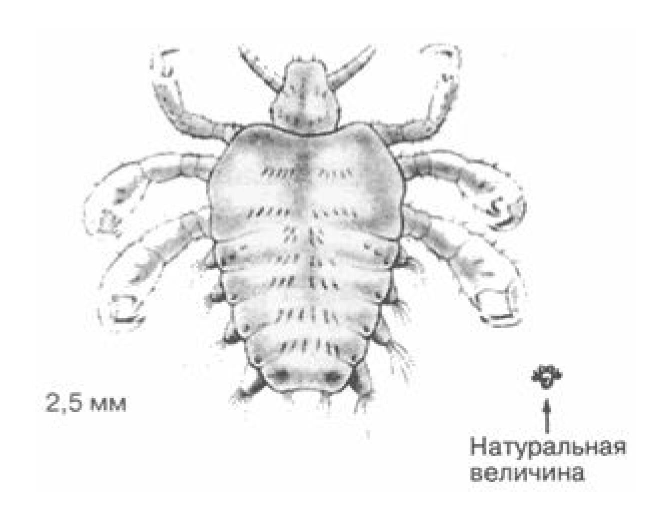


Рис. 19.4 Лобковая вошь, или площица

Лобковая вошь может передаваться как при половом, так и при неполовом контакте; обычно вызывает сильный зуд в области лобка по ночам.

Лобковые вши, по форме похожие на крабов, - паразиты, обитающие на лобковых волосах. Хотя обычно передача этих вшей происходит при половом контакте, возможно заражение через постельное белье, полотенца или одежду. Вошь прикрепляется к лобковому волосу; для того, чтобы выжить, ей необходимо дважды в день сосать свежую кровь. Отложенные яйца самка так прочно укрепляет на лобковых волосах, что смыть их водой невозможно.

Лобковая вошь (Phthims pubis) вызывает сильный зуд, ощущаемый главным образом ночью. Бывают случаи, когда явные симптомы инфестации (нападения паразита) отсутствуют, однако у многих появляется аллергическая сыпь, которая после сильного расчесывания может инфицироваться бактериями. Для уничтожения вшей применяют гамма-бензенгексахлорид, выпускаемый в форме крема, лосьона или шампуня под фирменным названием Kwell.

Другое весьма эффективное средство - лосьон малатион (фирменное название Prioderm). Ни одно из этих средств не следует применять для выведения вшей из бровей или ресниц; инфестированные брови и ресницы обычно смазывают вазелином или какой-либо мазью, изготовленной на основе производных нефти: повторение процедуры дважды в день в течение 7-10 дней, уничтожает вшей и их яйца, лишая их доступа кислорода. Бытующее мнение о том, что умывание стиральным мылом или смазывание кожи керосином - лучшие способы борьбы со вшами, не соответствует действительности.

Оторвавшись от тела человека, лобковая вошь может прожить лишь сутки, однако яйца, попав на простыни или одежду, сохраняют жизнеспособность до 6 суток. Поэтому необходимо часто менять постельное белье и одежду, чтобы избежать повторной инфестации.

Инфекционные заболевания влагалища

Вагинит

Вагинитом называют любое воспаление влагалища, независимо от того, вызвано ли оно инфекцией, аллергией, недостаточностью эстрогенов или химическим раздражением. Следует указать, что, хотя вагинит часто обусловлен инфекцией, передаваемой половым путем, вероятно, в 30% случаев он возникает по другим причинам. Вагинит может снижать половую активность, причиняя боль при половом акте или сопровождаясь неприятным запахом, что вызывает беспокойство у женщины или ослабляет стремление ее партнера к интимности. Здесь мы рассмотрим лишь наиболее распространенные формы инфекционных болезней влагалища.

См. Молочница

Трихомонадные инфекции

Трихомонадный вагинит вызывает одноклеточный микроорганизм Trichomonas vaginalis, постоянно присутствующий в небольшом количестве во влагалище (Holmes et al., 1989). Если эти организмы начинают быстро размножаться или в изобилии передаются при половом акте, то развивается инфекция, сопровождающаяся жидкими пенистыми зловонными выделениями зеленовато-белого или желтовато-коричневого цвета, вызывающими обычно жжение и зуд во влагалище и вульве. Диагноз ставят, исследуя эти выделения под микроскопом или делая посев. Самое эффективное средство - метронидазол (трихопол), который следует принимать обоим половым партнерам одновременно; препарат противопоказан кормящим матерям, так как проникает в грудное молоко; кроме того, в последнее время возникло некоторое беспокойство относительно его безопасности, поскольку установлено, что он вызывает раковые опухоли у мышей.

Кандидозы

Микотический вагинит - инфекционное заболевание, вызываемое разрастанием дрожжеподобного гриба Candida albicans, который в норме постоянно присутствует во влагалище. Болезнь сопровождается густыми белыми творожистыми выделениями и очень сильным зудом. Риск развития микотического вагинита повышен у женщин, страдающих сахарным диабетом, ВИЧ-инфицированных, беременных либо принимающих противозачаточные таблетки или антибиотики. Для лечения используют специальные влагалищные кремы или суппозитории, такие как монистат (миконазол), лотримин или мицелекс (две разновидности клотримазола) в течение 1-2 недель.

Обратите внимание на то, что микостатин (нистатин) уже не входит в число рекомендуемых препаратов, поскольку он менее эффективен, чем перечисленные выше средства (Centers for Disease Control, 1989).

Поскольку грибковые инфекции могут маскировать проявления гонореи и сифилиса, необходимо проводить специальные тесты на эти и другие БППП. По данным двух обследований женщин с различными БППП, у 25% из них выявляется дрожжевая инфекция половых органов (Oriel et al., 1972; Thin, Leigton, Dixon, 1977).

При кандидозах в лечении половых партнеров нет нужды, так как эта инфекция не передается половым путем.,

См. Молочница

См. Кандидоз и беременность

Профилактика вагинита

Влагалище обычно содержит ряд различных микроорганизмов. Часть из них, по-видимому, играет особую роль в физиологии влагалища (например в поддержании уровня кислотности), тогда как другие в случае чрезмерного размножения могут вызвать инфекционные заболевания. По имеющимся данным (Larsen, Galask, 1982), во влагалище обитает в среднем 7 видов бактерий, а также вирусы и дрожжевые грибы.

По неясным причинам некоторые женщины ощущают боль или зуд во влагалище при том, что инфекция у них не обнаружена (Osborne, Grubin, Pratson, 1982). Непонятно также, почему у многих женщин с выявленной инфекцией не наблюдается никаких выделений или иных симптомов. Нередко, однако, вагинит доставляет немало неприятностей; и как самим женщинам, так и их партнерам, хотелось бы его избежать. Ниже перечислены некоторые меры, позволяющие свести к минимуму опасность развития вагинита.

1. Носите хлопчатобумажные трусы; нейлоновые и синтетические трусы и колготы сохраняют тепло и влагу, создавая благоприятную среду для роста бактерий.

2. Избегайте частых спринцеваний, так как это может вызвать раздражение влагалища и уничтожить важные микроорганизмы, обеспечивающие биологическую защиту. (Многие авторитетные медики считают, что в постоянном спринцевании нет необходимости и советуют прибегать к нему только в особых случаях.)

3. Подтираясь, совершайте движения в передне-заднем направлении, чтобы исключить попадание бактерий из прямой кишки во влагалище.

4. Избегайте длительного приема антибиотиков, которые могут подавить нормальную бактериальную флору влагалища, что приведет к разрастанию дрожжевых форм.

5. Соблюдайте правила личной гигиены, в частности регулярно обмывайте половые органы и анальную область детским мылом и водой. Избегайте применения так называемых женских гигиенических аэрозолей, которые могут вызвать раздражение кожи.

6. Если у вашего партнера имеется какая-либо генитальная инфекция, избегайте половых контактов (в такой ситуации до некоторой степени могут помочь презервативы.)

7. После анального секса не вводите половой член во влагалище и не прикасайтесь к нему, чтобы не занести во влагалище необычные для него микроорганизмы.

Избегайте любых форм сексуальной активности, создающих дискомфорт во влагалище.

Бактериальный вагиноз

Бактериальный вагиноз - это инфекционное заболевание влагалища, которое прежде называли неспецифическим вагинитом или гемофильным вагинитом. Термин "вагиноз" предпочтительнее, поскольку он указывает, что при этой болезни не всегда наблюдаются признаки воспаления - такие, как краснота и болезненность при пальпации (обычно в медицине окончание "ит" означает воспаление). Кроме того, теперь стало известно, что бактерия Hemophilus vaginalis, переименованная за это время в Gardnerella vaginalis, - лишь одна из нескольких бактерий, вызывающих это заболевание, хотя в 95% случаев именно она выявляется при посевах отделяемого из влагалища (Sobel, 1989). Главная проблема, по-видимому, состоит в резком сокращении численности тех бактерий, которые в норме "защищают" влагалище, подавляя активность патогенных бактерий. В итоге последние быстро размножаются и развивается вагиноз, для которого характерны серовато-белые выделения из влагалища, обычно с неприятным "рыбным" запахом, сопровождающиеся жжением и зудом, хотя и не такими сильными, как при многих других вагинальных инфекциях.

Бактериальный вагиноз очень распространен среди сексуально активных женщин. Он обнаруживается примерно у 15% студенток университетов, обратившихся в гинекологические клиники, у 10-25% беременных и почти у 40% пациенток венерологических клиник (Sobel, 1989). Однако во многих случаях вагиноз протекает бессимтомно, а его отдаленные последствия неизвестны. У половых партнеров женщин, инфицированных G. vaginalis, эта бактерия, как правило, обнаруживается в мочеиспускательном канале. Лечение состоит в приеме таблеток метронидазола. Считается, что лечение полового партнера-мужчины лишено смысла, поскольку оно не приносит пользы ни ему, ни инфицированной женщине (Centers for Disease Control, 1989).

Как показали недавние исследования, бактериальный вагиноз может быть одной из причин преждевременного излития околоплодных вод и преждевременных родов (Sobel, 1989). Однако при беременности метронидазол противопоказан и приходится применять иные методы лечения.

См. Бактериальный вагиноз (гарднереллез)

Психосоциальные аспекты БППП



В 1980-е гг. общественность США с напряжением следила за разворотом .событий, связанных с БППП. Вначале все внимание было направлено на еще продолжающуюся эпидемию генитального герпеса. Первое время горячее обсуждение этой проблемы в средствах массовой информации приносило немало пользы, однако постепенно эмоциональность прессы стала приобретать оттенок истерии. Такая реакция, наверное, достигла бы пика в середине 1982 г., но к началу 1983 г. отчаянные страхи по поводу генитального герпеса были полностью вытеснены сообщениями о СПИДе.

Возрастающая озабоченность проблемой СПИДа отвлекла внимание от миллионов больных генитальным герпесом, но одновременно создала вокруг СПИДа атмосферу страха, сгущавшуюся по мере того, как становилось все яснее, что вирус, вызывающий СПИД, может передаваться и при гетеросексуальных контактах.

Страх, определяющий реакции многих людей на эпидемию СПИДа, в некоторых отношениях сходен со страхом, испытываемым человеком, когда он обнаруживает у себя симптомы, которые возможно указывают на наличие у него какой-то БППП. Страх и невозможность поверить в то, что он мог заразиться БППП, нередко заставляют человека оттягивать посещение врача, подспудно надеясь, что если отрицать наличие болезни, то она как бы исчезнет сама собой. Это один из примеров действия механизма психологической защиты, называемого отрицанием, при котором человек просто отказывается признавать реальность той или иной стрессовой или опасной ситуации. Отрицание - один из основных способов, к которым прибегают люди, желая справиться с ситуациями, вызывающими тревогу.

В случае БППП отрицание, к сожалению, часто подкрепляется тем, что симптомы большинства этих болезней спустя несколько недель исчезают. А тем временем инфицированные люди продолжают оставаться носителями инфекции и подвергают своих половых партнеров риску заражения.

Действие механизма отрицания и его осознанного аналога - избегания - иллюстрирует следующий пример. По данным обследования, из 100 студентов колледжа, впервые обратившихся в поликлинику, чтобы проверить, не заражены ли они БППП, только 20 записались на прием в течение первых 3 дней с момента появления симптомов (Kolodny,

1990). Более половины студентов обратились к врачу спустя по крайней мере две недели. Поскольку у 30% всех обратившихся не было обнаружено никакой БППП, они совершенно понапрасну терзались тревогами, оттягивая посещение врача. А те 40% студентов, которые прошли проверку лишь спустя более чем две недели, не только беспокоились в течение этого времени о самих себе, но и действительно подвергали опасности собственное здоровье и здоровье своих сексуальных партнеров своим длительным отрицанием или избеганием.

К страху и отрицанию, заставляющих людей откладывать посещение врача или поликлиники, чтобы обследоваться по поводу возможной БППП, добавляется еще один обычный механизм психологической защиты - рационализация. Рационализацией называют поиск оправданий своему поведению вместо признания его истинной причины. Ярким примером рационализации служит высказывание одного из студентов (упоминавшихся в предыдущем абзаце): "У меня в самом деле не было времени прийти сюда раньше. Я работал над курсовой работой и мне предстоял серьезный экзамен, а кроме того, мне казалось, что я заболеваю гриппом. Помимо всего у меня однажды уже появлялись такие выделения и все обошлось". (Из картотки авторов.) То обстоятельство, что у подруги этого студента также были симптомы БППП, по-видимому, не поколебали его защитные механизмы. Это тоже вполне типично: здравый смысл отступает перед принятым с самого начала нежеланием признать, что произошло нечто неприятное.

Многие, обнаружив у себя симптомы возможной БППП, неохотно идут к врачу еще и потому, что боятся нотаций или не уверены в том, что им будет обеспечена достаточная конфиденциальность. Хотя закон обязывает врачей сохранять в тайне сведения о своих пациентах, в некоторых обстоятельствах они вынуждены поступать иначе. Например, в ряде штатов суд может затребовать у врача историю болезни. Повсеместно врач обязан сообщать о случаях определенных инфекционных заболеваний в отделы здравоохранения штата. Имеющиеся у врачей сведения часто становятся известны страховым компаниям: пациенты соглашаются на это, когда это необходимо для полунения страховки или заключения новых договоров по страхованию здоровья или жизни. Поэтому всем, кого особенно беспокоят подобные ситуации, следует обсудить со своим врачом пределы, до которых возможна полная конфиденциальность в их конкретном случае.

Всего несколько лет назад пациенты приходили в смятение, если им приходилось выслушивать от своего врача целую лекцию о традиционных сексуальных ценностях и о риске, которому они подвергают свое здоровье при случайных половых контактах с многочисленными партнерами. В настоящее время врачи, дающие такие советы, уже не кажутся старомодными или пытающимися навязать своим пациентам собственные моральные принципы: в свете всего того, что стало известно об эпидемиях БППП за прошедшее десятилетие, такие врачи, быть может, просто проповедуют более здоровый образ жизни. Тем не менее, если эти непрошенные советы вызывают ощущение неловкости у больного, то, как правило, ему лучше обратиться к другому врачу, с которым он сможет чувствовать себя более свободно.

Какое воздействие оказывает БППП на сексуальность человека? В большинстве случаев, за исключением СПИДа, если инфекция своевременно обнаружена и излечена, ее воздействие на физическое состояние либо незначительно, либо отсутствует вовсе. Некоторые больные БППП в активной фазе не проявляют интереса к сексу, потому что он может быть болезненным, тогда как другие продолжают вести половую жизнь, не ощущая неудобств. Даже нелеченая БППП, перешедшая в хроническую форму, обычно не подавляет половое влечение и не нарушает функции половой сферы (главное исключение составляет генитальный герпес, при вспышках которого половая активность бывает очень

болезненной). Однако, несмотря на то, что БППП, как правило, не затрагивают физическую сторону половой функции, возможно тяжелое психологическое воздействие самого факта такого заболевания. Часто возникают чувство вины, смятение и беспокойство. Иногда болезнь воспринимается как предостережение свыше или возмездие за сексуальные прегрешения; поскольку при этом секс приравнивается к греху, неудивительно, что у отдельных больных с такой установкой происходит подавление полового влечения.

У других появляются навязчивая озабоченность гигиеной половых органов и тревожные опасения повторной инфекции или заражения какой-либо другой БППП. У некоторых мужчин это приводит к затруднениям с эрекцией, а у женщин в случаях крайне гипертрофированного страха БППП может развиться вагинизм как неосознанный способ защитить себя от заражения. Нет нужды объяснять, что сильнейшая тревога по поводу чистоплотности в половой сфере может также заставить человека изменить тип своего сексуального поведения - например, не участвовать в орально-генитальном сексе.

Когда один из партнеров, состоящих в интимной связи, заболевает БППП, которой нет у другого партнера, то немедленно возникает мысль, что зараженный имел половые контакты "на стороне". Хотя это не всегда справедливо, и некоторые БППП (например, гепатит В) часто передаются и неполовым путем, неизбежные сомнения и недоверие способны нарушить даже длительные связи, основанные на взаимной любви. Если же один из партнеров заразит другого БППП, то конфликт и враждебность могут зайти еще дальше. Эта враждебность может выражаться на сексуальном уровне (отказ от сексуальных отношений с партнером) и распространиться на все аспекты взаимоотношений. Такая реакция способна оказать на интимную связь гораздо более разрушительное воздействие, чем сама БППП. К счастью, большинство людей довольно быстро вновь начинают лучше относиться к своим партнерам.

БППП, за исключением СПИДа, уже не пугают людей так, как это было прежде, однако многие продолжают считать эти болезни какими-то "другими", не такими, как прочие инфекции, именно потому, что они передаются при половом контакте и поражают половые органы. По всей вероятности, до тех пор, пока люди не научатся думать о сексе как о чем-то столь же естественном, как дыхание и еда, это постыдное клеймо будет оставаться одной из реалий нашей жизни.

Профилактика БППП

Китайской Народной республике, по-видимому, удалось практически искоренить сифилис и многие другие БППП введением жестких правил сексуального поведения и запрещением проституции, однако большинству других стран приходится иметь дело с БППП, расплачиваясь за социальную и сексуальную свободу. Предлагаемые ниже практические советы помогут минимизировать шансы заразиться БППП или распространять уже имеющуюся инфекцию.

1. **Будьте информированны**. Знание симптомов БППП поможет избежать риска заражения от партнера и вовремя начать лечение.

2. **Будьте наблюдательны**. Одних лишь знаний недостаточно. Наблюдательность помогает обнаружить у себя или у партнера выделения из половых органов, прыщи, сыпь или другие признаки инфекции (их нельзя увидеть в темноте или при лунном свете на заднем сиденье автомобиля). Если вы заметили подозрительный прыщ или волдырь, не следует проявлять героизм: воздержитесь от полового контакта и убедите партнера

обратиться к врачу. Подобное "разглядывание" может показаться нелепым; однако вовсе не обязательно объяснять, почему это делается - нередко можно очень хорошо все разглядеть в процессе подготовки к половому акту (раздевание, массирование партнера). Есть еще один прием, используемый обычно проститутками (и врачами) для проверки на гонорею и неспецифический уретрит у мужчин - это "выдаивание" полового члена от основания до головки, чтобы установить, нет ли каких-либо выделений.

3. **Будьте разборчивы**. Многочисленность половых партнеров резко повышает риск заражения БППП. Анонимный секс тоже сопряжен с риском: неизвестно, можно ли доверять партнеру и с кем он был близок в недавнем прошлом. Разборчивость в выборе половых партнеров повышает шансы избежать БППП.

4. **Будьте честны**. Если вы заразились (или думаете, что могли заразиться) какой-нибудь БППП, скажите об этом партнеру (или партнерам). Это поможет избежать распространения инфекции и подтолкнет вашего партнера к тому, чтобы следить за появлением симптомов у себя или же пройти обследование. Если же вас беспокоит состояние здоровья вашего партнера, не колеблясь, спросите его об этом. Глупо рисковать собственным здоровьем, оберегая чувства кого-то другого.

5. **Будьте предусмотрительны**. Применение презерватива значительно понижает вероятность заражения или передачи БППП. Использование женщиной внутривлагалищных химических контрацептивов (пенообразующих веществ, желе и кремов) снижает вероятность ее заражения гонореей. Мочеиспускание вскоре после полового акта помогает смыть из мочеиспускательного канала попавшие в него микроорганизмы и тем самым немного снижает риск заражения. Если вы считаете, что могли заразиться, немедленно обратитесь за советом к врачу. Если вы знаете, что заразились, сразу начинайте лечение и воздерживайтесь от половой активности до тех пор, пока анализы не покажут, что все в порядке. 6. Не откладывайте обследования и лечения. Быстрый диагноз и эффективный курс лечения помогут избежать некоторых из серьезных осложнений БППП. Лечение можно провести у частного врача, в больнице или амбулаторно. По окончании лечения необходимо повторить обследование, чтобы убедиться в своем выздоровлении. Кроме того, непременно убедите своего партнера тоже пройти проверку (и, если окажется необходимым, лечение), чтобы избежать повторного инфицирования.

Выводы

1. Болезни, называвшиеся прежде венерическими, теперь предпочитают называть болезнями, передающимися половым путем (БППП); это позволяет избежать слова "венерические" и расширить крут инфекций, входящих в эту группу.

2. В США распространение БППП достигает масштабов эпидемий; судя по имеющимся данным, ежегодно число заболевших хламидиозом увеличивается более чем на 4 млн., гонореей - примерно на 2 млн., остроконечной кондиломой - на 750 тыс., генитальным герпесом - на 500 тыс., вирусным гепатитом - на 500 тыс., сифилисом - на 100 тыс. Поскольку наличие какой-либо БППП повышает вероятность заражения вирусом СПИДа, такая статистика обычно действует отрезвляюще.

3. Гонорея у мужчин характеризуется густыми выделениями из полового члена и жжением при мочеиспускании. У женщин она часто протекает без выраженных симптомов, но может вызвать поражение маточных труб. Ввиду быстрого увеличения

числа штаммов гонококков, устойчивых к пенициллину, в настоящее время для лечения рекомендуется сочетание двух антибиотиков - цефтриаксона и доксициклина.

4. Сифилис вызывает бледная трепонема (Treponema pallidum) - подвижная бактерия штопорообразной формы, относящаяся к группе спирохет. Первый симптом - появление твердого шанкра спустя 2-4 недели после заражения. Нелеченный сифилис переходит от этого первичного периода во вторичный (высыпания, повышение температуры, постоянные или резкие боли), далее в латентный период, а иногда и в третичный, для которого характерны поражения головного мозга и болезни сердца. Диагноз обычно ставится на основании результатов анализа крови, а лечение состоит в курсе инъекций пенициллина.

5. Хламидийные инфекции (хламидиозы) - широко распространенные БППП, вызываемые бактерией Chlamidia trachomatis. У мужчин заражение хламидиями обычно вызывает негонококковый уретрит или эпидидимит, а у женщин - воспаление органов малого таза (цервицит, эндометрит, сальпингит), которое в отсутствие лечения может привести к бесплодию. У тех и у других, но у женщин в особенности, хламидиоз часто протекает бессимптомно. Считается также, что он осложняет течение беременности, часто бывает причиной глазных инфекций и хламидийной пневмонии у новорожденных, матери которых инфицированы хламидиями. Хламидийные инфекции хорошо поддаются лечению тетрациклином, доксициклином и эритромицином.

6. Мягкий шанкр вызывается бактерией Hemophilm ducreyi и характеризуется появлением на половых органах язв, наполненных гноем, и набуханием паховых лимфатических узлов. Рекомендуется лечение эритромицином.

7. Генитальный герпес вызывают вирусы герпеса типа 1 и типа 2. Обычно он начинается с образования болезненных пузырьков на половых органах и вокруг них, которые, как правило, при первой атаке заживают за 2-3 недели. Однако вирус герпеса продолжает оставаться в организме в латентном состоянии и время от времени реактивируется, вызывая вспышки, которые бывают выражены слабее, чем первая атака. В настоящее время эта вирусная инфекция не поддается лечению, однако препарат ацикловир позволяет смягчить симптомы при первой атаке и сократить число рецидивов.

8. Гепатиты A, B, C и D (все они вызываются вирусами) могут передаваться половым путем; наибольшая частота заражений отмечается среди гомосексуалов-мужчин и среди гетеросексуалов с многочисленными половыми партнерами. Заражение гепатитом B может перейти в стадию носительства, которое сопряжено с повышенным риском рака печени; примерно у половины инфицированных вирусом гепатита C развивается хронический гепатит, нередко с исходом в цирроз печени. Гепатит D обычно возникает одновременно с гепатитом B или на его фоне.

9. Согласно современным взглядам, генитальные бородавки, считавшиеся безобидными, могут быть связаны с развитием различных раковых заболеваний половых органов. Эти бородавки вызываются различными штаммами вирусов папилломы человека; наиболее эффективный метод лечения - удаление их лазером.

10. Лобковая вошь - паразит, поселяющийся на лобке, где прикрепляется к волосам; укусы этих вшей вызывают сильнейший зуд. Паразитов относительно легко вывести специальными шампунями или лосьонами, содержащими гамма-бензенгексахлорид (Kwell).

11. Вагиноз чаще всего вызывается простейшими Trichomonas или дрожжами Candida. Он не всегда передается половым путем и нередко возникает в результате чрезмерного размножения микроорганизмов, постоянно обитающих во влагалище. Профилактические меры позволяют свести к минимуму риск развития вагиноза; кроме того, в большинстве случаев вагиноз легко излечивается; однако некоторые женщины долго не могут избавиться от этой неопасной, но неприятной болезни.

12. Чтобы предотвратить заражение БППП (или свести к минимуму риск осложнений), важно быть информированным, наблюдательным, разборчивым, честным, осторожным, а при появлении симптомов болезни или подозреваемом заражении следует немедленно обследоваться и начинать лечение.

Вопросы для размышления

1. Ребенок или подросток, никогда не совершавший ничего, что хотя бы отдаленно походило на половой акт, в результате аутоинокуляции перенес инфекции герпеса из полости рта на половые органы. Между тем все средства массовой информации и большинство людей убеждены, что генитальный герпес передается только половым путем. Что вы посоветуете ребенку, на которого обрушилась такая беда? Как должны реагировать родители, слыша утверждения, что генитальный герпес автоматически предполагает сексуальную активность?

2. Что может позволить человеку, инфицированному генитальным герпесом, без опасений заниматься сексом при том, что эта инфекция передается и в бессимптомной стадии, а презерватив не предохраняет от нее в такой степени, как от других БППП? Что вымогли бы посоветовать больному генитальным герпесом, который хочет найти себе полового партнера?

3. Должны ли правохранительные органы заниматься людьми, которые, зная, что они больны, заражают других какой-либо БППП?

4. Какова будет ваша реакция на то, что ваш партнер заразился одной из БППП, особенно если вы были уверены в моногамности ваших отношений? А если ваш партнер продолжал бы утверждать, что не имел половых контактов с третьим лицом? Поверили ли вы бы этому?

5. Обратимся к научным данным. Почти 30% сексуально активных граждан США хотя бы однажды имели на гениталиях остроконечную кондилому, что вызывает серьезное беспокойство, поскольку эти бородавки связаны с раком половых органов. До сих пор не найдено способа радикальной борьбы с этой инфекцией, и инфицированным рекомендуют всегда пользоваться презервативами даже при длительных моногамных связях. Таким образом, эта БППП ставит значительное число людей в весьма неприятное положение. Между тем на научные исследования, направленные на поиски методов лечения и вакцин против остроконечной кондиломы, выделяется значительно меньше средств, чем на исследования СПИДа, которым, во всяком случае в настоящее время, поражено гораздо меньше людей. Согласны ли вы с таким положением вещей? Почему да или почему нет?

Самая новая и самая страшная из всех известных нам БППП была впервые зарегистрирована в 1981 г. Эта смертельная болезнь, названная СПИДом (синдром приобретенного иммунодефицита), - результат заражения ВИЧ (вирусом иммунодефицита человека). Главный удар, наносимый СПИДом, - разрушение иммунной системы, защищающей организм человека от инфекций. В результате выхода из строя защитных механизмов у ВИЧ-инфицированных развиваются различные редкие инфекции, называемые оппортунистическими; эти болезни обычно поражают только раковых больных или больных с пересаженными

органами, сопротивляемость которых понижена под действием лекарственных препаратов, подавляющих иммунные реакции.

Поскольку поначалу СПИД выявляли главным образом среди гомо- и бисексуалов, многие люди относились к эпидемии ВИЧ/СПИД с некоторым оттенком самодовольства: "Меня это коснуться не может" (Shilts, 1987; Presidential Commision, 1988; Kramer, 1990). На самом деле вирус, вызывающий СПИД, поражает без разбора представителей любой расы, пола или слоя общества. Сегодня ясно не только, что эпидемия охватывает все больше и больше гетеросексуалов, но и то, что ВИЧ-инфекция не ограничивается какими-то определенными группами населения: она проникает в университетские кампусы, в частные школы, в небольшие городки и богатые предместья, поражая и знаменитостей, и миллионеров, и бедняков, и бездомных.

В 1988 г. ВИЧ-инфекция и СПИД заняли 15-е место среди главных причин смерти в США и 7-е среди всех причин сокращения ожидаемой продолжительности жизни, особенно у людей 30-40 лет (MMWR 38:561-563, 1989). Согласно имеющимся данным, в 1990 г. ежедневно выявлялось по 212 больных СПИДом с развитой клинической картиной болезни, а каждые 12 мин от этой болезни умирало по одному человеку (Kramer, 1990). Однако это всего лишь верхушка айсберга, поскольку СПИД проявляется лишь спустя 7-10 лет после проникновения вируса в организм. Случаи СПИДа, выявляемые сегодня, это в значительной степени результаты заражения, имевшего место 1980-е гг., а поэтому число смертей, связанных со СПИДом, будет продолжать расти с ужасающей быстротой, если только серьезные успехи в его изучении не помогут поставить преграду этой эпидемии. Но уже сейчас каждый из нас может принять меры, чтобы уменьшить свои шансы оказаться больным; мы обсудим их во всех подробностях.

Обсуждая проблему СПИДа, было бы ошибочным сосредоточить все внимание на самой болезни. Необходимо подробно остановиться на ВИЧ-инфекции (Presidential Commission, 1988). Именно этому посвящена настоящая глава. Мы рассмотрим в ней биологию ВИЧ, клинические, социальные и эмоциональные последствия инфицирования, а также отношение общества к одной из самых серьезных эпидемий, когда-либо угрожавших всему миру.

При обсуждении ВИЧ-инфекции и СПИДа особенно важно тщательно выбирать слова, так как в результате необдуманной терминологии очень легко внедрить в сознание людей ошибочные представления и вызвать предубеждения. Так, например, называя СПИД "чумой" и "наказанием", можно навести впечатлительных людей на мысль о том, что эта болезнь - божье возмездие за греховное поведение; в отличие от этого слово "эпидемия" звучит научно и не содержит элементов осуждения. Подобным же образом, объявляя войну СПИДу, следует всегда помнить, что враг в этой войне - не человек, инфицированный вирусом иммунодефицита, а сам этот вирус.

Новые данные относительно ВИЧ-инфекции и СПИДа появляются с такой быстротой, что представленный здесь материал не следует считать последним словом в этой области. Читателям рекомендуется сопоставлять его с новейшими сведениями из других источников, в частности из журнала Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), издаваемого Центром по контролю заболеваемости (CDC). Успехи, достигнутые в этой области, вселяют надежду на то, что в недалеком будущем способ лечения этой болезни будет найден: за одно десятилетие мы узнали о ВИЧ больше, чем о любом другом из известных нам вирусов. Цель настоящей главы - показать, что эпидемию СПИДа можно контролировать, а заражения можно избежать. Каждый из нас должен принять участие в борьбе с этим недугом.

Основные характеристики эпидемии (общий очерк)

Согласно данным CDC, в США к концу 1990 г. было зарегистрировано 160 тыс. больных СПИДом (рис. 20.1). В Западной Европе СПИД встречается реже, однако в Восточной и Центральной Африке положение значительно хуже: согласно оценкам, от 10 до 20% взрослых африканцев заражены вирусом иммунодефицита (Pekkanen, 1989; Eckholm, Tierney, 1990). Кроме того, из регионов, прежде казавшихся незахваченными этой инфекцией, теперь поступают сведения о повышении ее частоты. Например, в Таиланде ВИЧ-инфекция распространяется невиданными темпами: в Бангкоке, где в конце 1987 г. вирусоносительство среди тех, кто вводит себе наркотики внутривенно, составляло 1%, к середине 1989 г. доля инфицированных достигла 40% (Mann, 1990). Увеличивается также число ВИЧ-инфицированных среди проституток (Smith, 1990; Meyer, 1990).

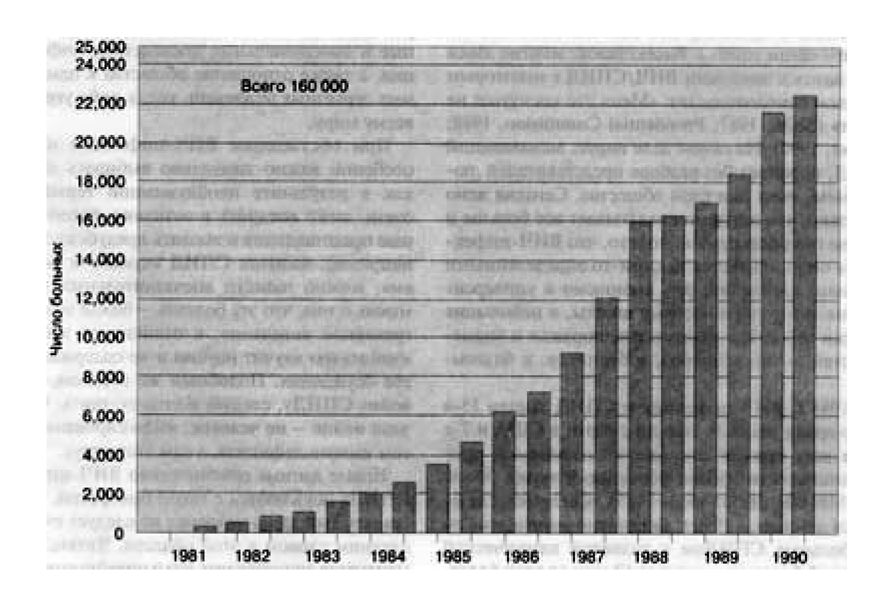


Рис. 20.1

Число больных СПИДом в США в 1981-1990гг. (представлены данные за каждые полгода; данные за вторую половину 1990 г. предварительные)

Источник: MMWR 37 (54): 13, 1989; MMWR 38 (26): 456, 1989; MMWR 38 (51 и 52): 892, 1990; MMWR 39 (26): 452, 1990; MMWR 39 (51 и 52), 1990.

Эти цифры вряд ли дают полную картину эпидемии. Прежде всего даже в США о многих диагностированных случаях СПИДа не сообщают в федеральные центры, отслеживающие распространение болезни (Hopkins, Johnston, 1988; Conway et al., 1989; Laumann et al., 1989; Masterson et al., 1989). Кроме того, в некоторых странах статистические данные о масштабах эпидемии ВИЧ/СПИД, по-видимому, занижаются по политическим или экономическим причинам (например, чтобы избежать сокращения туризма или не повредить престижу страны) (Mann, 1988; Eckholm, Tierney, 1990). Еще один фактор, способствующий занижению данных, связан с тем, что многие случаи СПИДа остаются неопознанными. Так, по "официальным" сводкам на 1 декабря 1989 г. общее число больных СПИДом во всем мире составляло 187 тыс., а согласно оценкам Всемирной организации здравоохранения, их число на самом деле приближалось к 600 тыс. (Hilts, 1989).

Даже точный подсчет больных СПИДом не даст полной картины масштабов эпидемии, так как СПИД - это лишь конечная стадия ВИЧ-инфекции. Ниже приведены некоторые сведения о развитии эпидемии ВИЧ/СПИД.

По мнению Службы здравоохранения США 1,5 млн. американцев - бессимптомные носители вируса иммунодефицита, способные передавать его другим людям (Coolfont Report, 1986; MMWR 38:S-4, 1989); предполагается, что общее число больных во всем мире составляет 6-10 млн. (Mann, 1989). [По заниженным оценкам к 2000 г. число носителей вируса иммунофедицита достигнет 15-20 млн. (Pekkanen, 1989)].

Поначалу казалось, что лишь у небольшой части ВИЧ-инфицированных людей, у которых симптомы заболевания отсутствуют, в конечном счете разовьется настоящий СПИД (CDC 1985; Liskin, Blackburn, 1986; Shilts, 1987). Однако по данным современных обследований, практически все носители ВИЧ рано или поздно заболевают СПИДом; так будет продолжаться до тех пор, пока не появится эффективный метод лечения (Lui, Darrow, Rutherford, 1988; Lambert, 1990). Поскольку в настоящее время СПИД почти всегда приводит к смертельному исходу, перспективы открываются самые мрачные. Согласно некоторым оценкам, к концу века число американцев с диагнозом СПИДа составит от 1 до 2 млн. (The New York Times, 4 марта, 1987, стр. А20; Hopkins, Johnston, 1988; Masters, Johnson, Kolodny, 1988).

Установлено, что в различных частях земного шара вирус иммунодефицита передается по-разному. На американском континенте, в Австралии, Новой Зеландии и во многих западно-европейских странах он проникает в организм человека главным образом при гомосексуальных контактах и внутривенном введении наркотиков. В отличие от этого в большинстве стран Африки и Карибского бассейна главную роль в передаче играют гетеросексуальные связи (Institute of Medicine, 1988; Mann, 1989). Сохранится ли это различие дальше или же впоследствии СПИД будет передаваться преимущественно гетеросексуальным путем, в настоящее время сказать нельзя.

Как показано на рис. 20.3, среди первых 100 тыс. больных СПИДом в США 63% составляли гомо- и бисексуальные мужчины, которые не вводили себе наркотики внутривенно, 19% - гомо- и бисексуалы, практиковавшие внутривенное введение наркотиков, 7% - гетеросексуалы, партнеры которых были больны СПИДом или относились к группе высокого риска, а 3% - люди, заразившиеся при переливании крови или ее препаратов (MMWR 38:561-563, 1989). В Африке число больных СПИДом распределяется поровну между мужчинами и женщинами (Peterman, Curran, 1986). В других частях земного шара по мере расширения эпидемии ВИЧ в статистических данных происходят заметные сдвиги. Например, в Центральной и Южной Америке, где поначалу среди больных СПИДом преобладали мужчины (их было в 3-10 раз больше, чем женщин), это соотношение сильно изменилось, и в некоторых областях число больных мужчин и женщин сравнялось (Hilts, 1989). Хотя вначале СПИД считался болезнью, поражающей главным образом мужчин (гомо- и бисексуалов), теперь стало ясно, что гетеросексуальная передача - явление обычное и что не существует какой-то одной категории населения, которую можно было бы выделить как "группу риска" по этой болезни.



Рис. 20.3

Распределение первых 100 тыс. больных СПИДом в США в зависимости от источника заражения (стотысячный случай был зарегистрирован CDC в июле 1989 г.)

Источник: CDC AIDS Surveillance Reports, AMA/NET AIDS Information Service, September 1989.

В ранний период ВИЧ-эпидемии СПИД поражал преимущественно бедняков, представителей черной расы и латиноамериканцев (рис. 20.4), живущих в больших городах, где его распространению способствовали общие иглы для введения наркотиков и беспорядочная половая жизнь (Altman, 1989b; MMWR 38:229-236, 1989; MMWR 39:SS-3, 22-30, 1990). Вначале СПИД был проблемой Нью-Йорка и Калифорнии, теперь эпидемия охватила все штаты и не ограничивается только большими городами (Curran, 1989).

Новые данные свидетельствуют о быстром распространении ВИЧ среди подростков и о равном числе зараженных юношей и девушек (Kolata, 1989; Vermund et al., 1989; Burke et al., 1990). Обследование, проведенное в Нью-Йорке и Майами, показало, что 1% подростков уже инфицирован вирусом СПИДа (CDC, 1989). А среди 1800 подростков Нью-Йорка, сбежавших из дому, инфицированными оказались 7% (Covenant House, 1989). Именно это обстоятельство видный специалист по подростковой медицине д-р Гэри Строкаш считает ужасным, грозящим трагическими последствиями для общества (The New York Times, 8 октября, 1989, Section l,c. 1).

Основные вехи в истории эпидемии СПИДа

1981 5 молодых гомосексуалов-мужчин в Лос-Анджелесе умерли от пневмонии, вызванной Pneumocystis carinii; а 26 молодых гомосексуалов-мужчин в Нью-Йорке и Калифорнии погибли от саркомы Калоши. Эти случаи привлекли внимание медицинской общественности

1982 Новая болезнь получила название синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД); первые случаи были выявлены у больных гемофилией и у людей, которым переливали кровь

1983 Министерство здравоохранения США разработало рекомендации по профилактике СПИДа; зарегистрированы первые случаи гетеросексуальной передачи

1984 Идентифицирован возбудитель СПИДа - ретровирус, названный сначала HTLV-III, а позднее - вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ)

1985 Принято решение об обязательном скрининге донорской крови на ВИЧ-антитела; проведены первые клинические испытания АЗТ (азидотимидина); сообщение о том, что Рок Хадсон заражен СПИДом, привлекло к этой болезни внимание средств массовой информации всего мира

1986 Доклад начальника Медицинского управления США д-ра К.Э. Коопа о СПИДе; клинические испытания показали, что АЗТ увеличивает продолжительность жизни и улучшает состояние больных СПИДом; общее число больных СПИДом превысило 25 тыс

1987 FDA одобряет применение АЗТ в тяжелых случаях ВИЧ-инфекции; по распоряжению президента Рейгана всех иммигрантов и заключенных тюрем подвергают проверке на ВИЧ-инфекцию

1988 Президентская комиссия по борьбе со СПИДом представляет обширный доклад, в котором настоятельно требует сосредоточить внимание на ВИЧ-инфекции, указывает на необходимость ранней диагностики носительства и принятия антидискриминационных мер; обнаружено, что пентамидин в аэрозольной форме эффективно предотвращает пневмонию, вызываемую Pneumocystis carinii

1989 Изучение распространения ВИЧ-инфекции в США прекращено под давлением политиков; FDA лицензировал пентамидин; общее число больных СПИДом в США превысило 100 тыс

1990 FDA вдвое сократило рекомендованную дозу АЗТ; опубликовано первое сообщение о передаче вируса в процессе стоматологического лечения

Происхождение ВИЧ

Происхождение вируса СПИДа пока еще до конца не ясно, однако большинство ученых сходится во мнении, что впервые этот вирус появился в Центральной Африке (Norman, 1986; Cohen, Sande, Volberding, 1990). Возможно, похожий вирус циркулировал среди обезьян (Вгео, 1986; Kanki et al., 1986; Essex, Kanki, 1988; Smith et al., 1988), а затем инфекция распространилась на людей. Вирусы часто переходят от животных к человеку; это естественный компонент эволюционного процесса, длящегося на протяжении десятков тысяч лет. В наши дни благодаря эффективности транспортных средств экзотические или прежде невыявленные вирусы имеют массу возможностей распространяться в новые для них регионы. Весьма вероятно, что ВИЧ и штаммы вируса СПИДа, инфицирующие обезьян, произошли от общего вирусного предка (Cohen, Sande, Volberding, 1990).

Каково бы ни было происхождение ВИЧ, исследование длительно хранившихся замороженных образцов крови показало, что этот вирус существовал в Центральной Африке в 1959 г. (Nahmias et al., 1986). Отсюда он мог быть перенесен через Атлантический океан гаитянами, посещавшими Африку. С Гаити СПИД могли завезти в США либо иммигранты-гаитяне, либо американские гомосексуалы, часто отдыхающие на этом острове. Если это объяснение правильно, то преобладание среди заболевших СПИДом в первые годы мужчин-гомосексуалов случайно, в будущем в США будет гораздо больше больных, инфицированных гетеросексуальным путем.

Самый первый больной СПИДом в США (не известной в то время болезнью) был выявлен в 1968 г. в результате анализов замороженных образцов крови и тканей, хранившихся долгое время; это был подросток из Сент-Луиса (Carry et al., 1989). Имеются также ретроспективные данные о случае СПИДа в одной норвежской семье в 1960-х гг. (Froland et al., 1988) и о 25-летнем английском моряке, умершем от ВИЧ-инфекции в 1959 г. (Corbitt, Bailey, Williams, 1990).

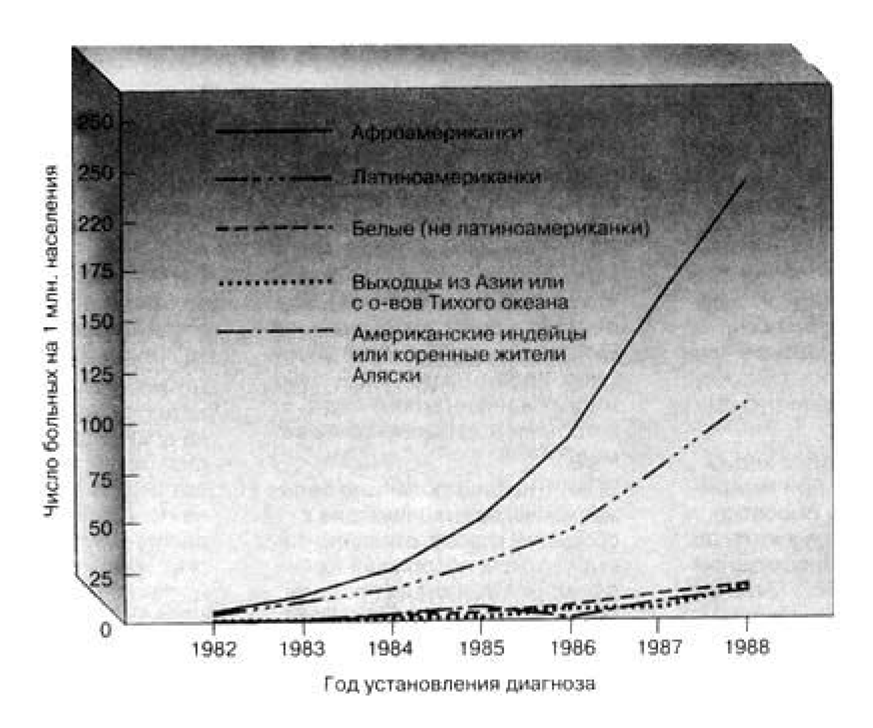


Рис. 20.4

Ежегодная заболеваемость СПИДом в США в 1982-1988 гг. (с поправкой на задержку поступления сообщений) среди женщин от 15 до 44 лет, принадлежащих к разным расам (или этническим группам) и различающихся по времени установления диагноза

Источник: MMWR 39 (55-3): 26, 1990.

Биология ВИЧ

Вирус

СПИД вызывается вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), который был описан в середине 1980-х гг. Этот вирус так мал, что на булавочной головке может поместиться 16 000 его частиц. Чаще всего вирус проникает в организм при половом контакте или при внутривенном введении наркотика грязной иглой. Считается, что в большинстве случаев вирус проникает в организм через поврежденную кожу или слизистую (порезы, кровоподтеки, разрывы). Это одна из причин, по которой риск заражения особенно велик для наркоманов. Попав в организм, вирус избирательно атакует лейкоциты двух типов: Т-хелперы и макрофаги. Т-хелперы выполняют роль главных координаторов иммунной системы. Они посылают химические сигналы, стимулирующие и контролирующие развитие иммунных клеток (см. с. 494-495). В задачу макрофагов входит обнаружение посторонних клеток, их захват и удаление из кровотока. Они буквально пожирают чужаков, за что их и относят к группе клеток, называемых фагоцитами (от греч. "фагейн" - поедать). Макрофаги не только разыскивают вторгшихся в организм микробов, но и подают сигнал тревоги остальной иммунной системе, секретируя информационные белки, называемые лимфокинами.

Прикрепляясь к наружной поверхности Т-хелпера в результате биохимического процесса, очень похожего на вставливание ключа в замок, ВИЧ инъецирует в клетку свой кор; тем самым кладется начало непрерывному инфекционному процессу. (Кор ВИЧ состоит из двух нитей РНК, а также группы структурных белков и ферментов, играющих важную роль на дальнейших стадиях жизненного цикла вируса.) Сразу после того как произошло заражение, геном вируса встраивается в ДНК клетки-хозяина, фактически делаясь частью ее генетической структуры. В такой форме вирус может долгие годы оставаться в скрытом состоянии, не проявляя никакой активности (Redfield, Burke, 1988).

Обычно генетическим материалом клетки служит ДНК; экспрессия гена начинается с транскрипции ДНК в информационную РНК, которая затем служит матрицей для синтеза белка. У ретровируса СПИДа, как и у других ретровирусов, процесс идет в обратном направлении. Сначала РНК транскрибируется в ДНК и лишь после этого становится возможной экспрессия, т.е. синтез белка или дупликация. Иными словами, нормальный ход генетического кодирования у ретровирусов обращен.

Однако, если в ответ на вторжение какого-либо другого возбудителя иммунная система хозяина активируется, то инфицированные Т-хелперы пролиферируют, продуцируя большое число новых частиц ВИЧ, которые затем освобождаются из Т-клеток хозяина. Эти новые вирусные частицы атакуют другие клетки иммунной системы и головного мозга.

Пути передачи ВИЧ

Передача половым путем

Более 78% больных СПИДом получают вирус половым путем (Peterman, Curran, 1986). Однако СПИД не так контагиозен, как некоторые другие БППП, например сифилис, гонорея или гепатит В (см. гл. 19). По современным оценкам, риск получить ВИЧ-инфекцию в результате одного гетеросексуального вагинального акта с инфицированным партнером равен 1 на 500 для женщины и 1 на 700 для мужчины (Turner, Miller, Moses, 1989). При одном анальном половом акте с инфицированным партнером риск значительно выше, вероятно порядка 1 на 50-100 (Voeller, 1986). Более высокая степень риска при анальном сексе объясняется тем, что слизистая оболочка прямой кишки очень тонкая и легко повреждается, давая возможность зараженным клеткам крови и частицам ВИЧ, содержащимся в эякуляте, легко проникнуть в ткани и кровяное русло партнера (будь то мужчина или женщина).

Поскольку вероятность заразиться гонореей в результате одного гетеросексуального полового акта с инфицированным партнером равна 50% для женщин и 25% для мужчин, а риск передачи половым путем гепатита В более чем в 8 раз выше (Kingsley, 1990), чем СПИДом, ясно, что ВИЧ-инфекция менее контагиозна. Тем не менее каждый, кто позволяет себе рискованные сексуальные контакты, всякий раз имеет реальные шансы получить ВИЧ-инфекцию; и чем больше таких контактов, тем выше вероятность заражения. Более того, описано много случаев, когда инфицирование было результатом одного единственного гетеросексуального полового акта (Peterman et al., 1988; Havercos, Edelman, 1988; Glaser, Strange, Rosati, 1989).

Не вызывает сомнений, что ВИЧ передается главным образом при вагинальном и анальном половом сношении, но ясно также, что он может передаваться и при других формах половой активности (табл. 20.1).

Таблица 20.1

Риск ВИЧ-инфицирования при половой активности разных типов

Отсутствие риска

Воздержание от половых контактов

Моногамная связь, ни один из партнеров не инфицирован

Мастурбация

Прикосновения, массирование, объятия, поглаживания

Обычный поцелуй

Небольшой, но реальный риск

Анальный или вагинальный секс при правильном использовании неповрежденного презерватива

"Французский" поцелуй

Оральный секс без эякуляции в полость рта

Генитальный контакт без введения полового члена во влагалище

Контакт с мочой (за исключением контакта с ней полости рта, прямой кишки, порезов или разрывов кожи)

Умеренный риск

Оральный секс с эякуляцией в полость рта

Куннилингус (при менструации риск повышается вследствие контакта с кровью или при повреждениях слизистой полости рта)

Использование чужого вибратора

Сексуальная игра (подобно генитально-оральным контактам), приводящая к появлению ссадин

Высокий риск

Многочисленные половые партнеры

Пассивное участие в незащищенном анальном сексе с инфицированным партнером

Незащищенное введение пальцев в анальное отверстие

Орально-анальный контакт

Традиционное половое сношение с инфицированным партнером без презерватива

С изменениями по AIDS Knowledge Base. A Textbook of HIV Disease from the University of California, San Francisco and San Francisco General Hospital, ed. by Cohen, Sande and Volberding, 1990.

Инфицирование ВИЧ при орально-генитальном сексе, при котором передаются все другие БППП, в настоящее время твердо не установлено (Репу, Jacobsberg, Fogel, 1989; Spitzer, Weiner, 1989; Staver, 1989; The New York Times, 7 октября, 1990, с. 37). Трудности при попытке доказать возможность передачи ВИЧ при орально-генитальном контакте связаны прежде всего с необходимостью найти людей, практикующих только этот вид секса, никогда не имевших настоящего коитуса и никогда не вводивших себе наркотики внутривенно (Masters, Johnson, Kolodny, 1988). В одном исследовании с участием 45 супружеских пар, в которых один из супругов был болен СПИДом, была установлена корреляция между частотой орально-ге-нитальных контактов и выявлением ВИЧ-антителу ранее незараженного супруга (Fischl et al., 1987), однако эти данные нельзя считать доказательством. (Вы, вероятно, помните из гл. 2, что установление корреляции не доказывает наличия причинно-следственной связи.) Хотя в настоящее время создается впечатление, что риск передачи ВИЧ-инфекции при орально-генитальном сексе так же велик, как при нормальном половом акте, выразить его количественно на оснований имеющихся данных не представляется возможным. Безусловно, мы вправе предполагать, что при каких-то конкретных обстоятельствах, например при наличии у партнеров порезов или ранок на половых органах или в ротовой полости, риск становится выше, однако определить степень риска при отсутствии таких ранок мы не можем. Но если ни вы, ни ваш партнер никогда не были инфицированы, нет причин отказываться от орального секса.

К возможности передачи ВИЧ при "французском" поцелуе (при котором происходит обмен слюной между партнерами) отношение достаточно скептическое. В нескольких исследованиях описаны такие случаи (Rozenbaum, 1988; Rozenbaum et al., 1988; Piazza et al., 1989); однако наряду с этим опубликованы данные об инактивации ВИЧ слюной (во всяком случае в лабораторных условиях) (Fultz, 1986). Кроме того, известно, что содержание ВИЧ в слюне гораздо ниже, чем в крови или в семенной жидкости. Вместе с тем, поскольку на деснах, губах или в глубине ротовой полости часто бывают мелкие трещины и ранки, они вполне могут служить воротами инфекции. О такой возможности свидетельствует недавнее сообщение о передаче ВИЧ 70-летней женщиной, инфицированной в результате переливания крови, своему 72-летнему мужу; вся половая жизнь этих супругов уже на протяжении многих лет ограничивалась страстными поцелуями (Ilia, 1989).

Абсолютно неопровержимых доказательств возможности или невозможности передачи ВИЧ через "французские" поцелуи до сих пор нет и получить их крайне трудно. Тем не менее ясно, что теоретически такая передача возможна. Это не означает, что вам перед первым поцелуем следует требовать от своего партнера медицинскую справку или же что целоваться можно только после длительного знакомства; безусловно разумнее, однако, избегать "французских" поцелуев с теми, кто вам мало знаком или заведомо является носителем ВИЧ-инфекции.

Накопилось немало данных, указывающих на то, что наличие любой БППП - важный фактор, повышающий риск ВИЧ-инфицирования при половом контакте.

На это впервые обратили внимание в Африке, где высокая частота сосуществования ВИЧ-инфекции с другими БППП (особенно вызывающими высыпания или язвы на половых органах) во многих случаях играет особенно важную роль в ее передаче гетеросексуальным путем (Institute of Medicine, 1988; Mann, 1989). Одновременное наличие ВИЧ-инфекции и других БППП отмечено также в США. Например, в одном из

госпиталей Нью-Йорка более чем 25% пациенток с БППП были одновременно инфицированы ВИЧ (IV Intl. Conf. 1988). В Балтиморе ученые обнаружили связь между этой инфекцией и сифилисом у мужчин, а также корреляцию между ВИЧ-инфекцией и генитальным герпесом у женщин (Quinn et al., 1988). Но гетеросексуальная передача возможна и при отсутствии каких-либо других БППП (Turner, Miller, Moses, 1989; Cohen, Sande, Volberding, 1990).

Передача неполовым путем

Вирус иммунодефицита легко передается через загрязненные инфицированной кровью иглы и шприцы, используемые для внутривенного введения. Заразившись таким образом, человек может в дальнейшем распространять инфекцию как половым, так и неполовым путем.

Наркоманы, пользующиеся общими иглами для внутривенного введения наркотиков, чрезвычайно восприимчивы к ВИЧ-инфекции, поскольку, как правило, это опустившиеся люди, чей организм истощен, а иммунная система разрушена другими болезнями.

Вирус СПИДа может также передаваться при переливании зараженной крови или ее препаратов. В 1989 г. примерно 3% больных СПИДом получили вирус именно таким путем. Введение в практику, начиная с 1985 г., скриннинг-тестов для выявления в донорской крови и ее препаратах антител к ВИЧ (см. с. 498) значительно снизило риск заражения при переливании крови. Однако, как будет сказано чуть ниже, эти тесты не были абсолютно надежны, а поэтому не могли обеспечить полную безопасность. В результате ежегодно около тысячи человек до сих пор заражаются ВИЧ, получая при переливании зараженную кровь (Wardetal., 1988).

Учитывая этот небольшой, но реальный риск, некоторые из тех, кому предстоит плановая операция, за несколько месяцев до нее сдают собственную кровь; эту кровь замораживают и хранят, чтобы впоследствии использовать для переливания, если это потребуется при операции. За последние несколько лет эта практика получила полную поддержку со стороны медиков (Presidential Commission, 1988; Silver, 1989). Переливание собственной крови полностью исключает не только ВИЧ-инфицирование, но и заражение другими опасными болезнями, например гепатитом.

Важно понять, что сдача крови не связана абсолютно ни с каким риском, если только при этом используют стерильную иглу, что абсолютно гарантируется в любой клинике США и Канады.

ВИЧ может передаваться также от инфицированной матери ее ребенку как во время беременности, так и в процессе родов. По современным данным, от 20 до 50% младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, заражены этим вирусом (European Collaborative Stady, 1988; Cohen, Sande, Volberding, 1990), хотя в настоящее время нельзя сказать, сколько из них заболеют СПИДом. Поскольку риск родить ВИЧ-инфицированного ребенка очень высок, инфицированным женщинам следует по возможности избегать беременности. Большинство специалистов считает также, что если женщина с ВИЧ-инфекцией забеременела, ей следует подумать об аборте, хотя, конечно, это серьезное решение должна принять она сама. Лучше всего при ВИЧ-инфекции совершенно избегать беременности.

Передача вируса может произойти с донорской спермой при искусственном оплодотворении, а также при пересадке органов, однако подобные случаи редки (Chiasson, Stoneburner, Joseph, 1990; MMWR 39:249-256, 1990). Тем не менее возможность подобной передачи заставила некоторые штаты принять законы, требующие проверки всех доноров спермы на ВИЧ-инфекцию.



"Горячая линия" СПИДа для детей Центр помощи детям больным СПИДом 19 Main St. Tiburon, CA94Ш, (415) 435-502



Доброволец обнимает 10-месячного ребенка, больного СПИДом, в игровой комнате Детского центра Фаррано в Олбани, шт. Нью-Йорк.

Еще один редкий путь передачи ВИЧ-инфекции связан с кормлением грудью. Поскольку ВИЧ проникает в женское молоко (Levy, 1989), он может перейти от матери к ребенку (Ziegler et al., 1985). Кроме того, поступило сообщение из одной российской больницы, что дети, получившие ВИЧ через инфицированный шприц, заразили своих матерей в процессе кормления. Предполагается, что кровь из ранок в ротовой полости младенца проникла в организм матери через трещины на ее сосках (Покровский, Ерамова, 1989; American Medical News, 20 июля, 1990).

ВИЧ может передаваться также через уколы иглой, если врач или сестра, сделав инъекцию больному, затем нечаянно укололи себя той же иглой. Однако происходит это крайне редко: за последние 10 лет число медицинских работников, заразившихся таким способом, не достигло 30 (Herman, 1990). Для сравнения укажем, что риск заражения вирусом гепатита В в аналогичных ситуациях составляет 23-43%, а число профессиональных заражений гепатитом В среди медиков достигает в США 10 000 в год (Farey, Henderson, 1990). Известен по крайней мере один случай ВИЧ-инфекции, полученный в результате иглоукалывания (Vittecoq et al., 1989).

При каких обстоятельствах ВИЧ-инфекция не передается

Хотя установлено, что СПИД обладает невысокой контагиозностью, многих людей, напуганных эпидемией этой болезни, беспокоит возможность передачи ВИЧ-инфекции через рукопожатие с инфицированным человеком, прикосновение к дверной ручке, водопроводному крану или сиденью унитаза. Научные работники считают такие страхи необоснованными. Нет никаких данных о том, что вирус СПИДа передается при подобных контактах (Таппе, 1985; Liskin, Blackburn, 1986; Heywood, Curran, 1988). ВИЧ был выделен из крови, слез, мочи, слюны, семенной жидкости и из влагалищных выделений (Liskin, Blackburn, 1986; Wofsy et al., 1986; Levy, 1989), однако многочисленными исследованиями установлено, что люди, находящиеся в повседневном тесном контакте с больными СПИДом - родители, ухаживающие за больным ребенком, медицинские сестры, врачи и дантисты - не заражаются от них вирусом иммунодефицита (Friedland et al., 1986; Jason et al., 1986; Fischl et al., 1987; Heywood, Curran, 1988). Во многих случаях члены семьи пользуются теми же стаканами и ложками или вилками, что и больной, но тем не менее неизвестно ни одного случая передачи ВИЧ такими путями.

Высказывавшееся вначале беспокойство о возможности распространения вируса СПИДа кровососущими насекомыми (например, комарами) теперь отвергнуто. Показано, что ВИЧ может выжить в течение 48 ч в организме комара (Booth, 1987), однако не репродуцируется в нем. Кроме того, если бы ВИЧ передавался через укусы насекомых, это привело бы к высокой частоте инфекции среди детей в Африке и других тропических регионах; между тем никаких сведений об этом не поступает (Heywood, Curran, 1988).

Мы все попали в группу риска

Ниже приведено письмо к редактору" New York Times", опубликованное в газете 16 июня 1990 г,

Мне 36 лет, я белая женщина, счастлива в браке, у меня никогда не было сифилиса, гонореи или хламидиоза, я никогда не курила крэк, не колола себе наркотики, мне ни разу не переливали кровь. У меня положительная реакция на вирус иммунодефицита.

Ясно, что я приобрела вирус иммунодефицита при гетеросексуальном акте, вероятно, мужчина, с которым я жила до замужества, был бисексуалом или кололся, а может быть, ему перелили инфицированную кровь. Ясно также, что сегодня этого человека считали бы опасным половым партнером, но в то время я об этом как-то не думала.

Я уверена, что многие женщины заражаются таким же образом, как я, но нас не относят к группе риска по следующим причинам;

1. Белым женщинам, принадлежащим к среднему классу, просто не приходит в голову, что они могут быть инфицированы ВИЧ. Я никогда не узнала бы об этом (я прекрасно себя чувствую и никогда не выглядела так хорошо, как сейчас), если бы мы с мужем полтора года назад не решили застраховать свою жизнь. Его анализ оказался отрицательным, а мой положительным. Поскольку после того, как я вышла замуж, у меня не было половых контактов ни с кем, кроме мужа, это означает, что в течение по крайней мере пяти лет я была носительницей ВИЧ-инфекции при отсутствии каких-либо симптомов. Я знаю многих женщин моего круга, с которыми произошло то же самое.

2. ВИЧ-инфицированные белые женщины, принадлежащие к среднему классу, отчаянно боятся, что эта позорящая их информация выйдет за пределы медицинских кабинетов. Если они умирают, то семейный врач делает все, чтобы скрыть причину смерти. Поэтому такие как я выпадают из статистики.

3. Если белая женщина, принадлежащая к среднему классу, заболевает, лечащему врачу может не придти в голову проверить её на ВИЧ-инфекцию. Если она скончается, то скорее всего причина ее смерти останется неясной.

Я считаю совершенно неправильной систему, при которой случаи СПИДа регистрируются только у представителей низших слоев общества. Это дает добропорядочным белым людям, принадлежащим к среднему классу, обманчивое чувство безопасности. Создается впечатление, что системы регистрации построены таким образом, чтобы не выдавать информацию, которая сначала привела бы в ужас представителей этого класса, но в конечном счете принесла бы ему пользу. По-моему неправомерно обсуждать гетеросексуальную передачу СПИДа в таких тонах, будто она скорее всего и дальше будет оказывать влияние только на меньшинства (сексуальные, расовые, социально-экономические или любые другие). Именно так воспринималась вначале героиновая зависимость, а посмотрите, какие масштабы приобрела проблема наркотиков сегодня. Каждый из нас сегодня сторож брату своему. Нынешние проблемы не могут оставаться в пределах гетто. Если мы будем продолжать считать, что СПИД угрожает только группам риска, что заразиться им могут другие, но вовсе не я, то он охватит все слои населения.

Мы все находимся под угрозой. Если я могла приобрести ВИЧ-инфекцию, то это может произойти также с любой другой женщиной (или мужчиной).

Как работает иммунная система

Главная ударная сила нашей иммунной системы - лейкоциты, которые отражают атаку проникающих в организм патогенных микроорганизмов и уничтожают их. Иммунная система сложна и многомерна; мы ограничимся здесь лишь кратким изложением принципов ее действия. Следует помнить, что эти принципы лежат в основе сопротивления нашего организма любым инфекциям, от легкой простуды до серьезных, угрожающих жизни заболеваний.

При проникновении в организм тех или иных патогенов, сумевших преодолеть первые линии его обороны - кожу и слизистые, макрофаги (одна из форм лейкоцитов) по особым белковым меткам на поверхности патогенов (антигенам) распознают "чужаков" и объявляют тревогу. Иммунологическая помощь приходит сначала в виде "армии поддержки", состоящей из Т-хелперов.

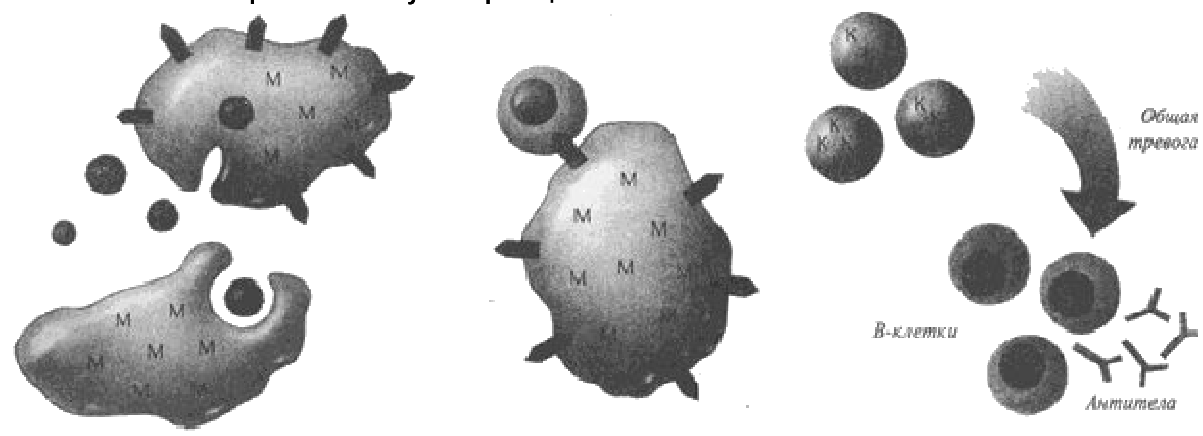
Специализированные группы Т-хелперов плавают в кровяном русле, причем каждая из них узнает антигены только одного определенного типа. Если антиген, находящийся на поверхности макрофага, соответствует рецептору на поверхности Т-хелпера, то они связываются друг с другом. Эта система "ключа-и-замка"

заставляет макрофаги выделять вещества, мобилизующие всю иммунную систему и в особенности Т-киллеры, которые размножаются и нападают на вторгшихся возбудителей в соответствии со своей химической запрограмированностью.

В этот процесс вовлекается особый класс лейкоцитов, называемых В-клетками, которые обычно "сложены стопками" в селезенке и лимфатических узлах. Главная функция В-клеток - выработка антител - белков, способных находить и связываться со специфическими антигенами вторгшихся патогенов. В-клетки вырабатывают антитела многих разных видов. Антитела каждого вида связываются с определенным антигеном. Если данный человек никогда прежде не встречался с инфицировавшим его патогеном, то организму обычно необходимо несколько недель, чтобы выработать необходимое количество антител. Если же он прежде уже подвергался воздействию этого микроорганизма в результате вакцинации или же был инфицирован им и справился с инфекцией, то образование антител происходит гораздо быстрее, так как организм "запомнил" возбудителя и готов к срочному синтезу антител. Когда антитела связываются с антигеном на поверхности вторгшегося микроорганизма, они обычно препятствуют нападению возбудителей на другие клетки и облегчают макрофагам их поглощение.

В случае ВИЧ-инфекции что-то в этом иммунном механизме не срабатывает. Хотя в большинстве случаев выработка антител против ВИЧ стимулируется немедленно, образующиеся антитела, по-видимому, неспособны действовать эффективно. Возможно, это объясняется способностью ВИЧ проникать в Т-клетки и в макрофаги и встраиваться в их ДНК. В такой ситуации любая активизация иммунной системы на самом деле стимулирует воспроизводство втершегося в организм вируса, т.е. происходит процесс, прямо противоположный тому, который был бы необходим. Со временем, обычно спустя годы, эта коварная инвазия приводит к страшным последствиям, разрушая Т-хелперы и нанося огромный ущерб первой линии обороны организма. В этом главная причина того, что с резким снижением численности Т-клеток организм становится неспособным адекватно реагировать на условно-патогенные инфекции и злокачественные новообразования, что превращает СПИД в смертельное заболевание.

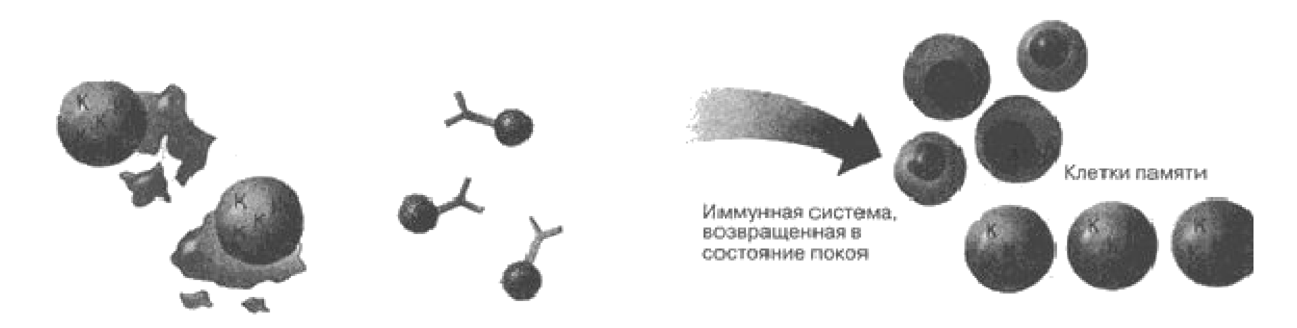
Схематическое изображение иммунной реакции



1. Макрофаги (М) нападают на проникшие в организм болезнетворные бактерии и поглощают их. Фрагменты переваренных бактерий (антигены) прикрепляются к поверхности некоторых макрофагов, подавая Т-клеткам сигнал бедствия

2. Т-хелпер (Т) связывается с находящимся на поверхности антигеном и активизируется под действием химической информации, поступающей от макрофага

3. Активизированный Т-хелпер объявляет общую тревогу, мобилизуя Т-киллеров (К) и В-клетки на синтез антител



4. Т-киллеры выискивают инфицированные клетки и разрушают их, прерывая цикл репликации

5. Антитела, вырабатываемые В-клетками, связываются с вторгшимися патогенами, превращая их в мишень для нападения и разрушения

6. После того как инфекция подавлена, иммунная система получает приказ "Отбой".

Специализированные антиген-специфичные клетки памяти сохраняются в организме на всю жизнь и готовы быстро отреагировать в случае повторной инвазии того же самого патогена

Профилактика ВИЧ-инфекции - рекомендации по безопасному сексу

В Остине (Техас) служащий департамента здравоохранения раздает презервативы на празднике.



Специалисты несколько расходятся в отношении того, что именно следует считать "безопасным" сексом. Самый простой способ обезопасить себя - полное воздержание. Другая возможность избежать заражения - ограничить половые контакты только одним неинфицированным, также моногамным партнером. Поскольку по внешнему виду человека невозможно определить, инфицирован ли он (или она) ВИЧ, необходим специальный анализ крови. Убедившись в том, что вы и ваш партнер не заражены, оставайтесь верны друг другу; только в этом случае вы можете быть уверены, что не заболеете СПИДом (если исключить весьма незначительную вероятность получения инфекции неполовым путем, например в результате переливания крови). Если в вашей ситуации такое решение проблемы почему-либо невозможно, планируя свою жизнь, имейте ввиду:

1. Секс безопасен лишь в том случае, если между партнерами не происходит обмена жидкостями организма. Это означает исключение орального секса и нормального совокупления (поскольку даже при прерванном половом акте возможна передача ВИЧ в преэякуляционной жидкости или во влагалищных выделениях) и замену их массажем, использованием вибраторов или взаимной мастурбацией. При этом следует остерегаться любых видов сексуальной активности, при которой возможны повреждения или разрывы тканей.

2. Правильное и постоянное использование презервативов сильно снижает риск передачи ВИЧ при половом сношении. Установлено, что поры в латексном ("синтетическом") презервативе достаточно малы, чтобы не пропускать вирусы; поэтому такие презервативы при правильном использовании могут предотвратить передачу ВИЧ (Kish et al., 1989; Conant et al., 1986; Minuk, Bohme, Bowen, 1986). (Презервативы из природных материалов, например из кожи животных, имеют более крупные поры и для профилактики СПИДа их применять нельзя [Goldsmith, 1987].) Однако, поскольку при неправильном применении или при разрыве презервативов риск заражения существенно увеличивается, этот метод нельзя считать абсолютно надежным (см. гл. 6). На самом деле презервативы подводят чаще, чем можно было бы думать. В одном обследовании было установлено, что у 22% гетеросексуалов и 31% гомосексуалов за три предшествовавших месяца имели

место неудачи с презервативами (Miller, Downer, Kreuger, 1988). Запомните: **презервативы нельзя считать идеальным противозачаточным средством и средством профилактики от ВИЧ и других БППП.**

3. Использование спермицидов, содержащих ноноксинол-9, может создать дополнительную защиту. В лабораторных условиях ноноксинол-9 инактивирует ВИЧ (Hicks et al., 1985), хотя остается неясным, обеспечивает ли он такую же защиту в реальной жизни. Наилучшее решение состоит, по-видимому, в одновременном применении презерватива и спермицида с ноноксинолом-9.

4. Будьте осмотрительны при выборе полового партнера. Как было отмечено, нет никаких внешних признаков, по которым можно было бы распознать наличие у человека ВИЧ-инфекции. Кроме того, подавляющее большинство ВИЧ-инфицированных не знают о своем состоянии, поэтому рассчитывать на то, что потенциальный половой партнер предупредит вас об опасности, нельзя. Помните, что наркоманы и мужчины, имевшие гомосексуальные контакты, с большой долей вероятности могут оказаться носителями ВИЧ-инфекции. Осмотрительность при выборе полового партнера иногда спасает жизнь.

5. Узнайте как можно больше о человеке ДО ТОГО как заняться с ним сексом, но при этом не верьте слепо всему, что он вам говорит. Психологи утверждают (Reinisch, 1990), что люди склонны лгать, рассказывая о своих прошлых сексуальных связях (особенно часто утаивают гомосексуальные контакты и секс с проститутками).

6. Воздерживайтесь от сексуальной активности с новым партнером до тех пор, пока вы не будете знать друг друга достаточно хорошо. Это не означает, что в течение многих месяцев вам следует вовсе отказываться от сексуальных контактов; просто надо действовать медленно и постепенно, сказав прямо, какого рода секс вы предпочли бы отложить "на потом".

Для того чтобы эти рекомендации принесли вам пользу, вы должны всегда и во всем руководствоваться здравым смыслом. Мы не считаем, например, безопасным половой акт (гомо- или гетеросексуальный) с заведомо ВИЧ-инфицированным партнером, даже с использованием презерватива. (Мы понимаем проблемы, возникающие у преданных друг другу людей, состоящих в длительной связи или даже в браке, когда один из них оказывается инфицированным, а другой нет. Тем не менее мы утверждаем, что хотя презервативы снижают риск передачи ВИЧ, они далеко не гарантируют безопасность.) Точно так же, если вы подозреваете (но не можете доказать), что ваш поклонник вводит себе наркотики внутривенно, необходимо контролировать ситуацию и не допускать никаких половых контактов до проведения анализов крови.

Нечестность с партнером

Большая часть рекомендаций по защите от ВИЧ-инфекции тесно связана с выявлением возможных факторов риска у вашего партнера. Между тем, как свидетельствуют данные многочисленных опросов, значительный процент мужчин и женщин либо скрывают обстоятельства своей сексуальной жизни, либо просто лгут по разным вопросам, связанным с сексом.

Реальные ситуации	*Мужчины N= 196*	*Женщины N = 226*
Лгали, чтобы заняться сексом	34%	10%
Лгали, что способны контролировать эякуляцию	38%	
Лгали, что не могут забеременеть		14%
Имели более одного партнера	32%	23%
Партнер не знал, что инфицирован	68%	59%
Был обманут по причинам, связанным с сексом	47%	60%
Партнер лгал, что способен контролировать ситуацию или не допустить беременность партнерши	34	46
Гипотетическая готовность лгать	*Мужчины*	*Женщины*
Мог бы солгать, что у него (у нее) отрицательный результат анализа на антитела к ВИЧ	20	4
Мог бы преуменьшить число прежних половых партнеров	47	42
Сообщит ли новому партнеру о существовании другого партнера Никогда	22	10

Со временем, когда это станет безопасно	34	28
Только если его (или ее) прямо спросят об этом	31	33
Да	13	29
Расскажет ли о единственном эпизоде измены		
Никогда	43	34
Со временем, когда это станет безопасно	21	20
Только если его (или ее) прямо спросят об этом	14	11
Да	22	35

Источник данных: Cochran, Mays "Sex, Lies and HIV. The New England Journal of Medicine, vol. 322, pp. 774-775, 1990.

Выявление ВИЧ-инфекции

Существует несколько методов обнаружения в крови антител к ВИЧ. Наиболее широко используется метод ELISA (от англ, enzyme-linked immunoabsorbent assay), разработанный для проверки донорской крови. Подобно всем биомедицинским методам ELISA не обладает абсолютной надежностью, однако существующие в настоящее время варианты значительно усовершенствованы по сравнению с применявшимися 5 лет назад. При проверке методом ELISA не удается обнаружить антитела к ВИЧ лишь в 0,3% проб, о которых известно, что они содержат антитела (такие результаты называют "ложно-отрицательными"). Кроме того, этот метод "выявляет" антитела к ВИЧ в 1 % проб, в которых их нет (иными словами, если применять только метод ELISA, то в 1 случае на 100 результаты будут ошибочно сочтены положительными (такие результаты называют "ложно-положительными") (MMWR 39:380-383, 1990).

Из-за этих неточностей, которые с точки зрения статистики представляются несущественными, однако отнюдь не кажутся такими, если речь идет о вашем анализе, любой положительный результат, полученный методом ELISA, необходимо проверить другой, более сложной методикой. Этот подтверждающий тест называют Вестерн-блоттингом. При совместном использовании ELISA и Вестерн-блоттинга точность выявления антител к ВИЧ гораздо выше, чем у большинства других скриннинг-тестов, хотя даже и эту проверку нельзя считать идеальной (частота ложно-положительных результатов ниже, чем 1 на 100 000) (Burke, 1988, McDonald etal., 1989). Причиной ложно-положительных результатов может быть и ошибка лаборанта в проведении анализа, и чисто канцелярская ошибка при регистрации образца крови; возможно также, что какой-то из реактивов, используемых при тестировании, оказал воздействие на один из компонентов крови, что привело к искажению результатов. (Ложно-положительные результаты чаще встречаются у женщин, чем у мужчин, и могут быть связаны с предшествовавшей беременностью.)

Проверка несколько осложняется тем, что иногда (хотя и редко) антитела к ВИЧ выявляются методами ELISA и Вестерн-блоттинга лишь спустя 2 года, после того как человек был инфицирован (Loche, Mach, 1988; Imagawaetal, 1989). Кроме того, описаны случаи, когда после нескольких положительных анализов антитела перестают выявляться (Farzadegan et al., 1988). Одно из объяснений состоит в том, что ВИЧ "скрывается" в макрофагах и моноцитах, где его по каким-то причинам не удается выявить обычными методами. По счастью случаи такого исчезновения антител к ВИЧ крайне редки (4 на 1000 обследуемых). Значение этого явления остается неясным.

Необходимо подчеркнуть, что несмотря на теоретически существующую возможность ошибки, положительную реакцию следует считать поводом для беспокойства и тщательного медицинского обследования. Все лица, демонстрирующие положительную реакцию на антитела к ВИЧ, независимо от того, являются ли они вирусоносителями или больными, потенциально способны передавать ВИЧ-инфекцию другим людям половым путем, через общие шприцы или иглы, при родах, став донорами крови, семенной жидкости или органов (Consensus Conference, 1986).

В то же время важно помнить, что выявление антител к ВИЧ в крови человека само по себе не означает, что он болен СПИДом. Диагноз СПИДа ставят в тех случаях, когда при какой-либо серьезной болезни, например пневмонии, вызванной пневмоцистой (Pneumocystis carinii), или при саркоме Калоши, выявляется ослабление иммунной системы при отсутствии других факторов, известных как факторы риска для этой болезни. СПИД можно также диагностировать при наличии положительной реакции на антитела к ВИЧ, признаков подавления иммунной системы (например, низкое число Т-клеток) и по крайней мере одной из оппортунистических инфекций, связанных со СПИДом.

Периоды ВИЧ-инфекции

ВИЧ-инфекция - это хроническое прогрессирующее заболевание. Развернутая клиническая картина СПИДа соответствует последнему периоду инфекции, начавшейся задолго до того, как появились первые симптомы

болезни. Зная, как протекает каждый из ее этапов, можно предпринять необходимые меры, чтобы затормозить развитие болезни.

Начальный период

Независимо от способа заражения ВИЧ, иммунная система реагирует на проникновение вируса в кровоток, вырабатывая к нему антитела. У большинства людей в начальный период болезни какие-либо симптомы отсутствуют, а антитела не обнаруживаются, однако у 10-25% через 2-5 недель после проникновения вируса в организм может возникнуть кратковременное недомогание (Cooper et al., 1985; Tucker et ah, 1985). Болезнь проявляется повышением температуры, ознобом, болями, увеличением лимфатических узлов и высыпаниями, вызывающими зуд (симптомы, сходные с наблюдаемыми при мононуклеозе). Эти симптомы весьма неспецифичны и наблюдаются при многих вирусных заболеваниях, в том числе при простуде; поэтому если у вас на 2-3 дня вспухли железы, течет из носу или повысилась температура, это вовсе не означает, что вы приобрели ВИЧ-инфекцию! Антитела к ВИЧ можно обычно выявить примерно через два месяца после заражения, но в некоторых случаях они появляются лишь спустя год или даже позднее (Francis, Chin, 1987; Ranki et ah, 1987; Imagawa et ah, 1989).

Бессимптомный период

Начальный период сменяется бессимптомным периодом болезни. В это время человек чувствует себя и выглядит совершенно здоровым, однако он инфицирован, в его крови содержатся антитела и он может передавать инфекцию другим людям. У многих бессимптомных носителей отмечается также пониженное содержание в крови Т-хелперов. Важно понять, что бессимптомные носители не больны СПИДом, хотя они и инфицированы вирусом, вызывающим СПИД.

О том, какие чувства испытывают бессимптомные носители ВИЧ-инфекции, когда они с изумлением узнают о положительных результатах проверки, позволяют судить их собственные рассказы об этом. (Из картотеки авторов.)

Замужняя женщина, 26 лет. Я проходила проверку на СПИД, потому что фирма решила направить меня на работу за границей. Узнав, что результат анализа положительный, я была абсолютно уверена, что произошла ошибка. Я считала, что никак не могла заразиться; я никогда не вела себя легкомысленно, ни разу не употребляла наркотики, мне никогда не переливали кровь, да и чувствовала себя прекрасно. Однако положительным оказался результат у моего мужа: как выяснилось, на втором курсе колледжа у него была связь с одной девушкой. Должна сказать, что я почувствовала себя совершенно убитой.

Рок-музыкант, 28 лет. Я узнал, что заражен, когда пошел сдавать кровь для приятеля, которому предстояла операция. Сейчас я уже как-то свыкся с этим, но тогда я испытал потрясение. Врач-консультант сказал мне: "Чему вы удивляетесь? У вас налицо практически все факторы риска - прямо классический пример для учебника". Да, я понимаю, что виноват, что вел очень вольную жизнь, однако все равно ужасно обидно, что через несколько лет меня не станет, если только не будет найден какой-то способ лечения.

Гомосексуал, 26 лет. После того как мне сообщили, что один из моих бывших половых партнеров болен СПИДом, мне каждую ночь стали сниться кошмары. Я все откладывал прохождение проверки, потому что не хотел услышать ту самую новость. И все уговаривал себя: "Успокойся, ты так хорошо чувствуешь себя; не может быть, что ты болен". Но в конце концов я сдал кровь на анализ и услышал то, чего так боялся. Как же мне жить дальше? Должен ли я все рассказать теперешнему партнеру? А что мне говорить своим бывшим партнерам?

Мы не располагаем точными данными о том, в течение какого времени у инфицированных людей отсутствуют признаки болезни. У многих это продолжается 5 лет или дольше и лишь позднее появляются симптомы самого СПИДа или связанных с ним инфекций. По имеющимся в настоящее время данным, у примерно 20% бессимптомных носителей клиническая картина достигает полного развития через 6 лет (Bachetti, Moss, 1989; Cohen, Sande, Volberding, 1990), а спустя еще некоторое время СПИД, вероятно, разовьется у 99% лиц, инфицированных ВИЧ (Lui, Darrow, Rutherford, 1988). Самые надежные из имеющихся сведений, охватывающие длительный период времени (они были получены на замороженных образцах крови, служивших материалом для исследования гепатита, которое проводилось в Сан-Франциско в конце 1970-х гг.), показали, что спустя 11 лет у 53% людей с ВИЧ-инфекцией СПИД достиг полного развития, а чуть меньше 25% все еще оставались бессимптомными носителями (Backetti, Moss, 1989; Lambert, 1990).

Предстоит еще много работы, прежде чем удастся выяснить, как и когда ВИЧ-инфекция переходит в СПИД. У разных групп людей этот процесс протекает с разной скоростью. Например, у гомо-сексуалов-мужчин клиническая картина СПИДа достигает полного развития раньше, чем у гемофиликов (Goedert et al., 1986). У людей старше 35 лет ВИЧ-инфекция переходит в СПИД быстрее, чем у более молодых людей и у подростков

(Moss et al., 1988; Goedert et al., 1989). Такие различия могут быть обусловлены разными факторами. Например, повторное заражение ВИЧ может реактивировать вирус, находившийся в организме в латентном состоянии. Возможно также, что для людей, инфицированных другими вирусами (например, вирусом гепатита В), риск заболевания СПИДом особенно велик. Согласно одной из гипотез, употребление некоторых наркотиков, в частности летучих нитритов, разрушает природную устойчивость к ВИЧ и таким образом "готовит" почву для развития СПИДа. В настоящее время трудно сказать, окажется ли какая-нибудь из этих гипотез верной.

Начало проявления симптомов

Первыми у ВИЧ-инфицированных людей начинают проявляться симптомы, менее опасные, чем СПИД. Прежде их называли СПИД-ассоциирован-ным комплексом (САК); однако теперь от этого термина отказались, поскольку было признано, что данный период нельзя выделить в качестве самостоятельной нозологической единицы: он не имеет особого значения для выбора метода лечения болезни и не влияет на ее конечный исход (President's Commission, 1988; Cohen, Sande, Volberding, 1990). Начало проявления симптомов ВИЧ-инфекции следует рассматривать как часть непрерывной цепи событий. Размножаясь в организме человека, ВИЧ медленно разрушает иммунную систему. По мере разрушения защитных механизмов возрастает восприимчивость к различным инфекциям, с которыми в обычных условиях организм легко справляется. К их числу относятся, например, опоясывающий лишай, молочница (грибковая инфекция ротовой полости), а также более опасные инфекции (туберкулез).

В этот период, как правило, наблюдается увеличение лимфатических узлов, в частности на шее, подмышками и над ключицами. Наиболее часто оно сочетается с диарреей, потерей веса, утомляемостью и повышением температуры. Нередко возникают также неврологические проблемы (Koralinik et al., 1990). Следует, однако, подчеркнуть, что многие люди чувствуют себя достаточно хорошо, чтобы вести относительно нормальный образ жизни: они продолжают продуктивно работать, занимаются спортом и выглядят совершенно здоровыми. Вот как описывает это один 32-летний архитектор:

Я инфицирован ВИЧ уже больше 6 лет. В течение 5 лет у меня не было никаких симптомов болезни, но за последний год я потерял около 6 кг; кроме того, иногда по ночам я потею и у меня повышается температура. Но я продолжаю ежедневно бегать трусцой по 3-4 км, играю в теннис и вообще веду активный образ жизни. Мой врач говорит, что поддерживая себя в хорошей физической форме, я смогу лучше бороться с этим убийцей - и до сих пор это мне удается. (Из картотеки авторов)

К сожалению, при появлении клинических признаков ВИЧ-инфекции люди не всегда понимают, с чем они связаны. Многие даже не обращаются к врачу, недооценивая серьезность возникших у них симптомов. В таких случаях они могут по неведению передать ВИЧ-инфекцию своим половым партнерам.

Все, у кого появляются клинические симптомы ВИЧ-инфекции, неизбежно заболевают СПИДом (Brachetti, Moss, 1989; Goedert et al., 1989; Cohen, Sande, Volberding, 1990).

СПИД и его симптомы

Больной СПИДом с кожными поражениями, типичными для саркомы Капоши.



Общей клинической картины для всех случаев СПИДа не существует. Из наиболее часто встречающихся симптомов - прогрессирующее снижение веса, постоянно повышенная температура (иногда сопровождающаяся ночной потливостью), увеличение лимфатических узлов и пурпурно-красные пятна величиной с монетку, слегка приподнимающиеся над уровнем кожи. Эти пятна нередко оказываются проявлением одной из форм злокачественного заболевания мелких кровеносных сосудов, известного под названием саркомы Капоши. До начала ВИЧ-эпидемии саркома Капоши встречалась в США редко. Теперь же примерно у 25% гомосексуалов-мужчин США, больных СПИДом, выявляется это заболевание; хотя у больных СПИДом гетеросексуалов, вводящих себе наркотики в вены, и у гемофиликов она встречается относительно редко (Beral, 1989).

Иногда после появления первых симптомов СПИДа в течение длительного времени не происходит никаких изменений; в других же случаях клиническая картина развивается быстро: одна за другой следуют несколько оппортунистических инфекций. Среди них наиболее часто встречается тяжелая пневмония, вызываемая Pneumocystis carinii (нередко она приводит к гибели больного). В США почти две трети случаев СПИДа диагностируют именно по этой болезни.

К другим обычным инфекциям, поражающим больных СПИДом, относятся глубокие формы микозов (например, захватывающих оболочки головного мозга и вызывающих менингит), туберкулез и тяжелые формы герпеса. Для больных СПИДом характерно также другое угрожающее жизни заболевание - энцефалит. Поскольку ВИЧ способен непосредственно поражать клетки головного мозга, фактически у 30-65% больных СПИДом возникают те или иные неврологические расстройства (Liskin, Blackburn, 1986; Gabuza, Hirsch, 1987; Ho et al., 1989): ослабление памяти, сильно выраженная спутанность сознания, нарушения походки, эпилептические припадки и кома. Нередко сопутствующие СПИДу болезни удается временно подавить лечением, однако из-за прогрессирующего разрушения иммунной системы организм в какой-то момент оказывается не в состоянии справиться с очередной инфекцией и больной погибает.

Страдания больного СПИДом с трудом поддаются описанию. Ниже приведен рассказ человека, который ухаживал за своим братом, умиравшим от этой болезни.

Том был полон решимости вести себя достойно. Он смирился с тем, что скоро уйдет из жизни и старался как мог ободрить друзей, приходивших его навестить. Многие из них не могли скрыть ужас, который охватывал их от его вида, и только бодрый голос Тома приводил их в чувство. Больше всего он боялся слабоумия, нередко развивающегося при СПИДе. К счастью, Том в полной мере сохранял свои умственные способности до самого конца. Это время было для всех нас очень тяжелым в эмоциональном отношении, но именно тогда я узнал своего брата по-настоящему. (Из картотеки авторов.)

В настоящее время СПИД почти во всех случаях заканчивается смертью больного спустя 2-4 года после установления диагноза (В Сан-Франциско больные СПИДом живут в среднем 12,5 мес, а число выживающих в течение 3 лет не превышает 9% (Payne et al., 1989).) Тем не менее в начальный период болезни многие люди способны вести относительно нормальный образ жизни, хотя часто им бывает трудно справляться с социальными, экономическими и эмоциональными проблемами, неизбежно сопровождающими больных СПИДом (об этом - несколько ниже). По мере создания новых методов лечения качество жизни этих больных и ее продолжительность будет повышаться. Имеющиеся в настоящее время препараты позволяют больным СПИДом работать и жить по-прежнему в течение 6 мес и более после установления диагноза. В дальнейшем

потеря веса, постоянная слабость и множество инфекций делают человека инвалидом. (В Африке СПИД часто называют "щепкой", так как его жертвы выглядят как умирающие от голода.)

Лечение ВИЧ-инфекции и СПИДа

Медицинские аспекты

В последние годы наметились определенные успехи в борьбе со СПИДом и ВИЧ-инфекцией. Наиболее перспективным следует признать препарат АЗТ (азидотимидин, продающийся в США под названием зидовудин). Вначале было установлено, что АЗТ замедляет развитие СПИДа у людей с выраженной клинической картиной. Последующее изучение подтвердило, что АЗТ задерживает развитие СПИДа (Fischl et al., 1987; Curran, 1989) и бессимптомной ВИЧ-инфекции (Volberding et al., 1989), причем оказалось, что препарат эффективен в более низких дозах, чем его применяли вначале (Friedland, 1990; Volberding et al., 1990). Уменьшение дозы позволяет ослабить побочные эффекты, обусловленные подавлением АЗТ функции костного мозга (Collier et al., 1990, Fischl et al., 1990). Среди наиболее тяжелых побочных эффектов следует назвать анемию (понижение числа эритроцитов в крови, вызывающее сильную утомляемость) и снижение числа лейкоцитов (усугубляющее неспособность ВИЧ-инфицированного организма бороться с инфекциями).

АЗТ определенно позволяет продлить жизнь людям с ВИЧ-инфекцией. Именно поэтому специалисты по СПИДу призывают теперь к ранней диагностике и лечению (Cohen, Sande, Volberding, 1990; Friedland, 1990). Однако вместе с тем известно, что некоторые штаммы ВИЧ при длительном воздействии на них АЗТ становятся устойчивыми к этому препарату (Larder, Draby, Richman, 1989). В случае широкого распространения такой устойчивости польза от применения АЗТ значительно снизится.

Достигнуты также успехи в лечении некоторых инфекций, служащих непосредственной причиной смерти больных СПИДом. Например, пентамидин эффективен в борьбе с пневмонией, вызываемой Pneumocystis carnii; появились препараты, существенно облегчающие симптомы энцефалита и других угрожающих жизни осложнений.

Интерес привлекают также разнообразные вещества, находящиеся пока на стадии экспериментальной разработки. Среди них наиболее многообещающими представляются в настоящее время следующие.

1. Синтетический CD4. CD4 - рецептор , находящийся на поверхности Т-хелперов, который связывается с белком gp 120, находящимся на поверхности ВИЧ (см. цветную вклейку 11). При введении в кровоток синтетических форм CD4 эти молекулы-ловушки заманивают к себе вирусные частицы и таким образом препятствуют их прикреплению к здоровым Т-хелперам. В лабораторных условиях этот метод оказался действенным, однако он еще недостаточно разработан, чтобы можно было проверить его на больных. Одно из затруднений состоит в том, что CD4 сохраняется в организме человека очень недолго.

2. Соединение Q. Эту вытяжку из корня древнекитайского огурца успешно применяют в Китае для лечения некоторых раковых заболеваний. В настоящее время в FDA проводят проверку эффективности этого соединения для лечения СПИДа. В уже завершенных лабораторных исследованиях установлено, что Q разрушает ВИЧ-инфицированные макрофаги, не повреждая здоровые. Однако этот метод не прошел еще достаточно широкой проверки на людях; и хотя он представляется весьма перспективным, пока еще нельзя утверждать, что в наших руках появилось действительно эффективное средство против СПИДа.

3. Блокаторы ферментов. Ряд исследователей ищут способы блокировать те ключевые ферменты, которые необходимы ВИЧ для репликации. Один из этих ферментов называется протеазой. Если бы его удалось эффективно блокировать, то ВИЧ потерял бы способность размножаться в Т-клетках или макрофагах и таким образом вряд ли смог бы наносить серьезный вред иммунной системе. Хотя в этой области пока еще достигнуты лишь первые успехи, многие специалисты считают именно этот подход наиболее перспективным.

4. Вакцины. Вакцины можно использовать либо для предотвращения инфекции, либо для лечения, если заражение уже произошло. Попытку получить вакцину против СПИДа предприняли д-р Йонас Солк - создатель первой вакцины против полиомиелита и его коллега - Кларенс Джиббс. Клетки, убитые вирусом иммунодефицита, ввели двум ВИЧ-инфицированным шимпанзе, после чего у обеих резко повысилось число антител к ВИЧ. У третьей шимпанзе, не инфицированной ВИЧ, после двух вакцинаций титр антител также резко повысился (Gibbs et al., 1989). Наконец, Солк и Джиббс ввели свою вакцину 19 ВИЧ-инфицированным больным с низким числом Т-клеток и другими признаками сильного повреждения иммунной системы. Хотя вакцина не уничтожила вирус, только у одного из этих больных в течение года появились симптомы СПИДа, а у 8 состояние иммунной системы заметно улучшилось (Levine et al., 1989).

Были достигнуты также успехи в разработке превентивной вакцины, которая могла бы сыграть решающую роль в подавлении распространения ВИЧ-инфекции по всему миру. Недавно ученым удалось получить

вакцину, предотвратившую заражение 8 из 9 обезьян обезьяньим СПИДом (болезнь, похожая на СПИД, вызываемая ретровирусом, близкородственным ВИЧ) (Murphy-Corb et al., 1989). Все эти данные вселяют уверенность в том, что создание вакцины против СПИДа - задача вполне реальная (Hilts, 1989).

Одна из практических трудностей, связанных с получением вакцины, состоит в том, что она должна защитить человека одновременно от нескольких разных штаммов ВИЧ. Кроме того, вакцина окажется эффективной лишь в том случае, если она будет обладать длительным защитным действием, исчисляемым в годах, а не неделях или месяцах. Удастся ли создать такой длительный иммунитет против ВИЧ - пока остается неясным.

Еще одна трудность связана с тем, что вакцины оказывают свое действие, заставляя иммунную систему вырабатывать антитела против ВИЧ. Между тем антитела , вырабатываемые обычно при ВИЧ-инфекции, как оказалось, неспособны убивать вирусные частицы, а поэтому больные, несмотря на наличие у них антител к ВИЧ, в конечном счете заболевают СПИДом. Это может оказаться главным камнем преткновения на пути к получению эффективной вакцины.

Наконец, важнейшее значение имеет также безопасность вакцины. В любой вакцине, содержащей убитый вирус, всегда может сохраниться несколько живых или же способных реактивироваться вирусных частиц; при инъекции такой вакцины человеку она может вызвать у него ту самую болезнь, которую должна была предотвратить. Несмотря на все эти сложности, создание обезьяньей вакцины было большим шагом вперед в борьбе против ВИЧ-эпидемии.

Забота о людях, заболевших СПИДом

Находясь в Париже, Мадонна передает деньги на продолжение исследований по СПИДу; она, подобно многим другим артистам, активно участвует в создании фондов для борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИД.



Люди, больные СПИДом, могут находиться в самом разном состоянии: одни ощущают лишь небольшой дискомфорт и ведут привычный образ жизни, другие борются с острыми угрожающими их жизни инфекциями и нуждаются в интенсивном лечении и уходе. Поэтому во многих крупных городах созданы специальные службы заботы и поддержки, оказывающие широкий спектр необходимых услуг тем, кто нуждается в помощи. Например в Сан-Франциско имеются (Cohen, Sande, Volberding, 1990):

1. Поликлиники для всех, добровольно обращающихся за помощью, - от просто мнительных людей до умирающих от СПИДа.

2. Специализированная служба для нуждающихся в госпитализации по СПИДу.

3. Организация, оказывающая больным СПИДом помощь на дому (приобретение продуктов и медикаментов, уборка квартиры, приготовление пищи, специальный уход, юридическая помощь).

4. Организация, обеспечивающая психологическую поддержку. Наиболее известная из таких групп в Сан-Франциско - группа Shanti Project, выделяющая опытного консультанта каждому обратившемуся за помощью.

5. Хосписная программа для тех, кто находится на последней стадии болезни. Хосписы ставят своей целью облегчить физические и моральные страдания умирающих. Помимо ухода, они занимаются семейными делами пациентов, их юридическими и финансовыми проблемами. Они помогают также членам семьи и друзьям справиться с горем и потерей.

Конечно, было бы ошибочным полагать, что общество полностью преодолело предубеждения против людей с ВИЧ-инфекцией или СПИДом, однако мы уверены, что благодаря работе сотен специалистов и помощи тысяч добровольцев мы движемся в нужном направлении.

Картина эпидемии в цифрах

Несмотря на то, что прошло уже не одно десятилетие с тех пор, как впервые был распознан СПИД, точные масштабы ВИЧ-эпидемии в США нам неизвестны. Тем не менее проведено немало исследований по распространению СПИДа в различных группах населения. Изучая весь диапазон результатов таких исследований, можно получить предварительную картину ВИЧ-эпидемии в ее современном состоянии.

Прежде чем рассматривать эти результаты, полезно напомнить о разных точках зрения на развитие эпидемии ВИЧ. Начнем с того, что в первые годы эта эпидемия сильнее всего затронула штаты Нью-Йорк, Нью-Джерси и Калифорнию. При этом на Среднем Западе и на юге (за исключением Флориды) многие ученые и политики высказывали сомнения, что СПИД когда-либо соберет большую жатву в их округах; сегодня совершенно очевидно, что они были неправы. Ошибочные представления касались и других аспектов. Например, совсем недавно, в середине 1980-х гг. многие ученые считали маловероятной возможность передачи СПИДа при гетеросексуальном половом акте, подробно объясняя, почему ситуация с ВИЧ-инфекцией в Африке или на островах Карибского бассейна несколько иная, чем в США (Kant, 1985; Schultz et al., 1986; Stibbe, 1986; Shilts, 1987; Langone, 1988). ВИЧ-эпидемию рассматривали довольно упрощенно, считая ее проблемой гомосексуалов и людей, злоупотребляющих наркотиками. Как можно видеть на рис. 20.5, это было совершенно неверно. Даже сравнительно недавно многие обозреватели писали, что эта эпидемия касается групп так называемых меньшинств - жителей перенаселенных центральных районов крупных городов, где обитают главным образом афро- и латиноамериканцы. Такая "гетторизация" проблемы отражает непонимание обществом грозящей ему опасности: вирус иммунодефицита не выбирает свои жертвы по цвету кожи.

Характерные черты ВИЧ-инфекции и ее тенденции

Регистрация числа больных СПИДом говорит нам только о том, что произошло 7-10 лет назад, поскольку это средние сроки от первоначального заражения ВИЧ и до того момента, когда можно диагностировать СПИД. Поэтому для выявления современных тенденций эпидемии полезно изучить данные о распространении ВИЧ-инфекции в разных слоях населения. Ниже кратко изложено все, что об этом известно.

Мужчины гомо- и бисексуалы

В Сан-Франциско и Нью-Йорке доля ВИЧ-инфицированных среди гомо- и бисексуалов колеблется вблизи отметки 50%. Ранее полагали, что в этих группах не происходит новых заражений ВИЧ, так как благодаря эффективной разъяснительной работе люди стали уделять больше внимания мерам безопасности при половом акте, однако, судя по некоторым недавним исследованиям, здесь не все обстоит благополучно (Siegel et al., 1988; Ekstrand et al, 1989; American Medical News, 29 июня, 1989, с. 3). В других областях США распространенность СПИДа среди гомо- и бисексуалов несколько ниже. Например, в Милуоки она недавно составляла 24%, а в Альбукерке (Нью-Мексико) - 14% (MM WR, S-4, 1989).

Наркоманы

Среди наркоманов, практикующих внутривенное введение наркотиков, зараженность ВИЧ гораздо выше на восточном побережье, чем на западном. Например, в Нью-Йорке и в северной части штата Нью-Джерси доля инфицированных достигает 50-60% (MMWR 36:8-6, 1986; Hahn et al., 1989), а в Вашингтоне - 28%, что близко к данным по Балтимору. В отличие от этого в Лос-Анджелесе доля ВИЧ-инфицированных составляет лишь 3% (MMWR S-4, 1989, табл. 6), а в Сакраменто среди наркоманов, находящихся калечении, - 2% (MMWR 38:370, 1989).

Гетеросексуалы

Распространенность ВИЧ-инфекции среди гетеросексуалов в целом изучена относительно слабо. В одном из первых сообщений, по данным обследований, проведенных среди гетеросексуалов обоего пола в четырех городах США (Нью-Йорке, Лос-Анджелесе, Атланте и Сент-Луисе), у 5% мужчин и у 7% женщин, имевших за предшествовавшие 5 лет ежегодно не менее, чем по 6 половых партнеров, реакция оказалась положительной (Masters, Johnson, Kolodny, 1988). Следует подчеркнуть, что такое большое число партнеров было лишь у небольшой доли обследованных гетеро-сексуалов. Среди мужчин, поддерживающих половые отношения только с одной партнершей, положительную реакцию имел лишь 1 из 200; все женщины с моногамным поведением оказались ВИЧ-отрицательными .

Сходное обследование сексуально активных гетеросексуалов, не сталкивавшихся с явными факторами риска, провели в Майами М. Фишл и др. Из 346 обследованных ими людей положительная реакция была обнаружена лишь у 5%, причем единственным потенциальным фактором риска была у них многочисленность половых партнеров (Fischl et al., 1988a). (Этот результат очень близок к нашим собственным данным, приведенным в предыдущем абзаце.)

Все чаще у гетеросексуалов, принадлежащих к среднему классу, регистрируются случаи ВИЧ-инфекции, полученной в результате полового контакта с наркоманами, вводящими себе наркотики внутривенно (Glaser, Strange, Rosati, 1989).

Интересная особенность, о которой не следует забывать, состоит в том, что женщины, как правило, инфицируются ВИЧ гетеросексуальным путем. Например, в Нью-Джерси процент женщин, родивших ВИЧ-инфицированных младенцев, возрос с 14% в 1982-1985 гг. до 43% в 1986-1988 гг. Между тем единственным фактором риска у них были гетеросексуальные половые сношения (Weiss, 1989).

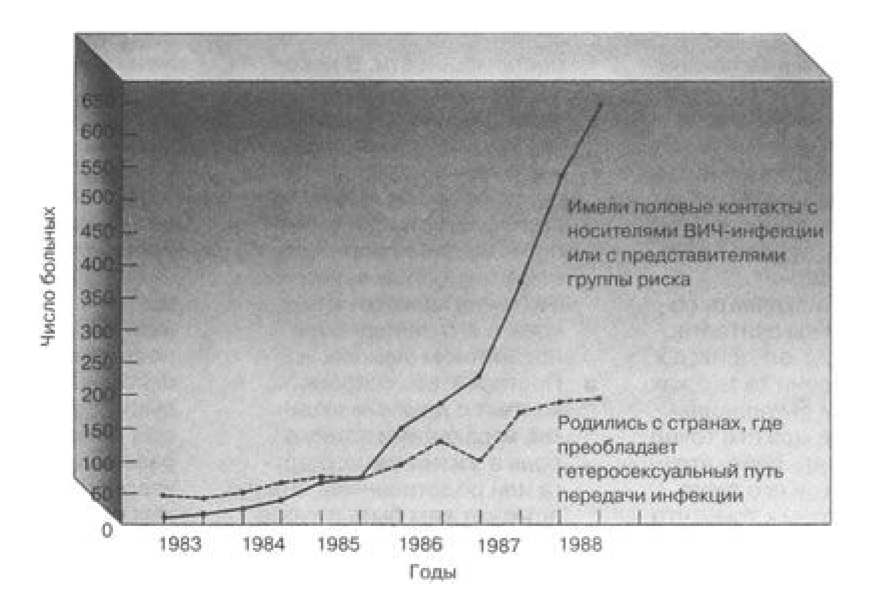


Рис. 20.5

Число больных СПИДом, заразившихся гетеросексуальным путем (по данным за 1983-1988 гг.)

Источник: MMWR 38:430, 1989.

Учет больных СПИДом

Заболевания СПИДом регистрируются во всех 50 штатах США. Распространенность ВИЧ-инфекции с течением времени меняется и существенно различается в разных регионах. В 1988 г. число зарегистрированных случаев СПИДа на 100 000 человек составило 38,9 в г. Нью-Йорке и 0,6 в Северной Дакоте (MM WR, S-4, 1989). Данные за 1989 г. представлены на рис. 20.6. До 1983 г. 63% всех больных СПИДом выявлялись в штатах Нью-Йорк, Нью-Джерси и Пенсильвании, однако к 1988 г. эта цифра понизилась до 36%.

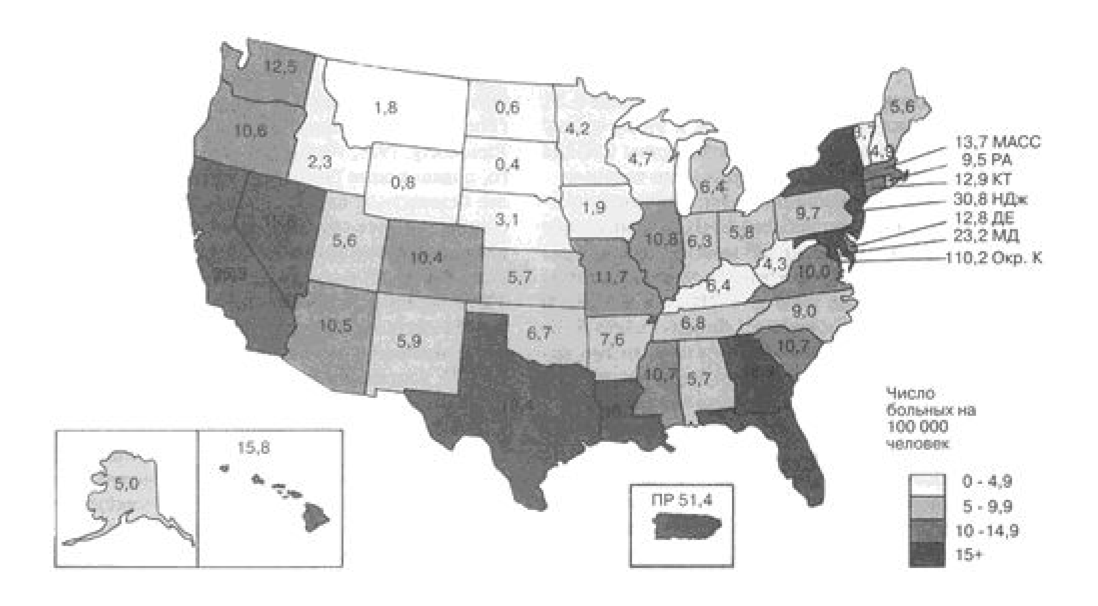


Рис. 20.6

Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Число зарегистрированных больных на 100 000 населения в разных штатах США в 1989 г.

Источник: MMWR 37 (54): 15, 1989.

Центр по контролю заболеваемости США отмечает, что зарегистрированные случаи СПИДа дают заниженное представление об истинном числе больных из-за несовершенства системы учета и отсутствия у многих больных возможностей пройти соответствующее обследование и диагностику. По их мнению, "зарегистрированные случаи СПИДа, вероятно, составляют менее 80% всех смертных случаев, связанных с ВИЧ-инфекцией" (MMWR, S-4, 1989, с. 4).

Личностные аспекты эпидемии ВИЧ

Эпидемия ВИЧ/СПИД многолика. До сих пор в этой главе мы рассматривали ее главным образом в биологическом плане. Однако она серьезнейшим образом затрагивает личную жизнь людей. Теперь мы займемся социальными, эмоциональными и поведенческими аспектами эпидемии ВИЧ.

Социальные и эмоциональные реакции



В хосписе две женщины помогают принять лекарство больному СПИДом.

Эпидемия ВИЧ уже оказала эмоциональное воздействие на наше общество и вызвала в нем раскол. Для многих эта эпидемия стала поводом для ненависти к гомосексуалам; особенно отличаются этим люди неосведомленные, считающие, что, поздоровавшись с гомосексуалом за руку или попав в ресторане за

обслуживаемый им столик, можно приобрести смертельную болезнь. Высказывалось мнение, что всех ВИЧ-инфицированных следует изолировать. Такое предложение абсолютно неприемлемо с общечеловеческих позиций, да и просто нереально, поскольку изолировать на много лет пришлось бы примерно 1,5 млн. американцев, инфицированных в настоящее время ВИЧ. Но есть в обществе и другая крайность. Масса людей пребывает в полной уверенности, что СПИД - проблема, касающаяся гомосексуалов, бисексуалов и наркоманов, а к ним не имеет никакого отношения.

К счастью, за последние несколько лет общество стало относиться к эпидемии ВИЧ/СПИД более сознательно; большую роль в этом сыграли нетрадиционные акции. Одна из них - "лоскутное одеяло" - была начата в 1987 г. Кливом Джонсом. Этот человек задумал таким способом увековечить память одного из своих друзей, погибшего от СПИДа. Каждый новый лоскуток к этому одеялу пришивается в память очередной жертвы СПИДа и рассказывает о жизни и смерти этого человека.

Признаки осознания большинством американцев причастности к проблеме СПИДа выявляются в самых разных областях. Во многих городах в газетных сообщениях о смерти теперь стали упоминать, что покойный умер от СПИДа, а всего 5-6 лет назад об этом умалчивали. Фонды на борьбу со СПИДом, возглавляемые такими известными артистами, как Элизабет Тэйлор и Мадонна, успешно собирают средства на научные исследования в этой области. Даже в сценарии телевизионных мыльных опер стали вплетать истории, связанные со СПИДом, хотя национальное телевидение все еще отказывается рекламировать презервативы, оберегая чувства некоторых своих зрителей.

Среди гомосексуалов, которые за первое десятилетие ВИЧ-эпидемии несомненно пострадали больше всех, возникшие вначале страх и смятение быстро сменились хорошо организованной просветительской работой и борьбой за увеличение государственных ассигнований на лечение и профилактику СПИДа. Серьезные изменения произошли в половом поведении гомосексуалов. Теперь большинство геев полностью отказались от всякого рода развлечений в бассейнах и банях, а многие ограничили свои половые связи небольшим числом хорошо известных им партнеров. (The New York Times, 13 октября, 1985, стр. L.41; Riesenberg, 1986; Winkelstein et al., 1987). Кроме того, подавляющее большинство геев перешло к более безопасным видам половой активности, либо совершенно отказавшись от анального секса, либо применяя презервативы с соблюдением всех правил (Becker, Joseph, 1988; Turner, Miller, Moses, 1989). В результате всего этого, а особенно сокращения числа половых партнеров, среди геев заметно понизилась также заболеваемость другими БППП, например гонореей и сифилисом.

Некоторые гомосексуалы-мужчины так боятся СПИДа, что решили совершенно отказаться о секса до тех пор, пока не будет получена вакцина против ВИЧ или разработан способ лечения; а небольшое число мужчин - гомо- и бисексуалов - решили перейти, по крайней мере на время, к гетеросексуальными отношениям. Страх перед СПИДом среди этой группы населения достигает таких размеров, что любое физическое недомогание, например боль в горле, сыпь на коже или повышение температуры, они принимают за знак неумолимой судьбы и ставят себе диагноз еще до прохождения обследования. У самых напуганных наблюдается резкое снижение сексуального влечения и сексуальной активности.

Любой человек, узнав, что у кого-то из его или ее прежних партнеров обнаружен СПИД или ВИЧ-инфекция, имеет основания для беспокойства. До сих пор в такую ситуацию попадали гомосексуалы и наркоманы, вводящие себе наркотики внутривенно, но с распространением эпидемии ВИЧ на все группы населения возможность для гетеросексуалов столкнуться с этой проблемой будет неуклонно возрастать. Как же чувствует себя человек, оказавшись в такой ситуации?

28-летний гетеросексуал. Я узнал от приятеля, что у девушки, с которой я встречался, обнаружен СПИД. Сначала я решил, что это просто глупая история, придуманная, чтобы напугать меня; однако, когда после проверки оказалось, что это правда, я пришел в ужас. Боже, думал я, мы спали вместе не менее 20 раз и я никогда не пользовался презервативами, так как она принимала таблетки. Мой врач направил меня на анализ крови, который, к счастью, оказался отрицательным. Однако в течение 24 ч, пока я ожидал результатов анализа, перед моим мысленным взором проходили картины медленной мучительной смерти, и я был очень напуган. Можете быть уверены, что я надолго запомню этот эпизод.

Разведенная женщина 33 лет. Я была в разводе уже около трех лет, когда узнала, что мой бывший муж болен СПИДом и находится в больнице. Я знала, что он время от времени баловался наркотиками, но никогда не считала его наркоманом. Так что эта новость просто ужаснула меня, но когда оказалось, что и я инфицирована ВИЧ, я была потрясена. У меня двое маленьких детей и я не готова к смерти. Пока мне везет. Число Т-клеток у меня достаточно высокое и никаких серьезных проблем со здоровьем нет. Но я все еще в ярости, что он заразил меня, хотя и понимаю, что он не хотел этого. (Из картотеки авторов)

Чем больше общество узнает о СПИДе, тем больше становится людей, обеспокоенных возможностью заразиться при гетеросексуальном контакте. Многие отказываются вступать в половые отношения до тех пор, пока не убедятся, что их партнер здоров. Как сказала нам одна женщина-студентка: "Я не очень боюсь СПИДа, но если риск так велик, почему я должна верить каждому? Если человек не может ради меня сделать анализ крови, то вряд ли наши отношения вообще приведут к чему-то хорошему". (Из картотеки авторов.)

Однако как мы убедимся чуть ниже, многие гетеросексуалы продолжают считать, что им самим не угрожает встреча с вирусом иммунодефицита.

Большинство людей, узнав, что они инфицированы ВИЧ или больны СПИДом, в первый момент испытывают шок, ярость и отказываются поверить этому. Вот что пишет об этом один из консультантов одного из центров Нью-Йорка по проверке на ВИЧ-инфекцию.

Наиболее типичными реакциями человека бывают шок, оцепенение или, напротив, истерика и желание тут же наложить на себя руки. Почти все спрашивают, сколько им осталось жить. Некоторые стараются удрать из кабинета... Другие говорят, что были подготовлены к этому и что у них есть план действий или лечения (James, 1990).

Все это вполне естественные защитные механизмы, которые могут по началу смягчить удар, нанесенный таким диагнозом. Спустя несколько недель или месяцев эта первоначальная реакция обычно сменяется чувством вины, грусти и покорности судьбе - своего рода невеселое признание свершившегося.

Люди, которым ставят диагноз ВИЧ-инфекции, обычно очень молоды и поэтому не готовы к такой тяжелой болезни с весьма мрачным прогнозом. Вдобавок, независимо от того, являются ли они гомо- или гетеросексуалами, их ожидает враждебность и страх со стороны окружающих. Многие подвергаются остракизму на работе, от них отрекаются семьи и друзья и они оказываются в социальном вакууме (Volberding, 1985). Домовладелец может потребовать, чтобы они съехали, зубной врач отказывается лечить их, а работодатель ищет любые предлоги, чтобы их уволить. К сожалению, все эти дискриминационные действия нередки. И хотя федеральные законы, запрещающие дискриминацию инвалидов, были расширены и распространены на лиц, больных СПИДом и инфицированных ВИЧ, такие факты довольно часто имеют место.

Спектр эмоциональных переживаний, с которыми приходится сталкиваться больному СПИДом, включает не только перечисленные выше проблемы. Подумайте, например, о состоянии женщины, умирающей от СПИДа, которая узнает что ее шестимесячный ребенок также инфицирован ВИЧ. Кто позаботится о нем после ее смерти? Как справиться с чувством вины, которое она, возможно, испытывает за то, что заразила его? А что будет с ее старшим четырехлетним ребенком, который не инфицирован? Можно только догадываться, что творится в душе женщины, заразившейся в результате переливания крови и передавшей ВИЧ своему мужу?

Не следует забывать еще об одной проблеме: у людей, инфицированных ВИЧ, неизбежно возникают те или иные трудности с сексом. В результате изучения группы из 120 ВИЧ-инфицированных гомосексуалов оказалось, что у 40% понизилось сексуальное влечение, 40% жаловались на трудности с эрекцией, а больше половины стали испытывать выраженные в различной степени негативные чувства при половом акте (Meyer-Bahlburg et al., 1989). В сходном обследовании (в форме интервью) группы из 50 ВИЧ-инфицированных гетеросексуалов было отмечено понижение полового влечения; свыше 40% опрошенных жаловались на те или иные признаки половой дисфункции (Kolodny, Kolodny, 1990).

Помимо перечисленных проблем, больные СПИДом, как правило, испытывают материальные трудности, сложности с медицинским обслуживанием и госпитализацией.

Поведенческие аспекты



«Помнишь те времена, когда безопасный секс означал, что ее мужа нет в городе?»

Совершенно очевидно, что при отсутствии эффективной вакцинации или способа лечения добиться спада эпидемии ВИЧ можно только в случае коренного изменения поведения людей в отношении секса и наркотиков; тем не менее среди основной массы населения не наблюдается почти никаких признаков подобных изменений.

Исключение составляют гомосексуалы-мужчины. С тех пор как была точно установлена природа СПИДа, многие из них постарались изменить свое поведение таким образом, чтобы снизить риск заражения. Однако учитывая, что не все предпринимают необходимые меры предосторожности, существует опасность второй волны ВИЧ-инфекции среди молодых гомосексуалов (Linn et all., 1989; Staver, 1990). Одна из причин этого - широкое распространение в этой среде наркомании и пьянства, которые оказывают существенное влияние на способность планировать более безопасный секс. Кроме того, многим надоедает соблюдать правила безопасности и они возвращаются к сексуальному поведению, сопряженному с риском (Miller, Turner, Moses, 1990).

Так, в исследовании, проводившемся на одной и той же выборке геев Сан-Франциско в течение нескольких лет, было показано, что между 1985 и 1986 гг. у мужчин, не состоящих в моногамной связи, число партнеров в среднем понизилось на 20%, однако 37% мужчин не прекращали "несколько рискованную" половую активность, а 38% продолжали очень рискованные половые акты, например анальный секс без презервативов (Stall et al., 1986). Вплоть до конца 1987 г. почти треть субъектов практиковала половые сношения с пониженным риском; 16%, после кратковременного изменения своего поведения, вновь вернулись к сексуальным актам, сопряженным с риском (Ekstrand et al., 1989). Аналогичное исследование, проведенное в Нью-Йорке, показало, что 48% обследуемых геев продолжают рисковать, занимаясь сексом с многочисленными случайными партнерами, и что из каждых двух мужчин, перешедших на более безопасный секс, один со временем возвращался от безопасного к рискованному сексу (Siegel et al., 1988).

В ряде других исследований отмечаются положительные изменения в поведении геев и бисексуалов-мужчин, однако эти изменения, хотя они и снижают риск, далеко недостаточны (Martin, 1987; Joseph et al., 1987; Becker, Joseph, 1988; Doll et al., 1989). В одном обзоре, основанном на 24 отдельных исследованиях изменений полового поведения геев в ответ на угрозу СПИДа, сделан вывод, что примерно 20% опрошенных не изменили своих привычек и что такое упорство, вероятно, объясняется частым потреблением наркотиков (Stempel, Moss, 1988). Например, значительное число геев продолжают заниматься анальным сексом с многочисленными партнерами, даже если они знают, что заражены ВИЧ (Van Griensven et al, 1981). Примерно половина из них либо вообще не пользуются презервативами, либо пользуются ими от случая к случаю (Masters, Johnson, Kolodny, 1988; Van Griensven et al.,, 1989; Kelly et al., 1989; Linn et al., 1989).

Гетеросексуалов, по-видимому, гораздо меньше заботит переход к безопасному сексу, однако достаточно подробного изучения этой проблемы не проводилось. Как показало недавнее обследование постоянных посетителей баров в Сан-Франциско, незамужние женщины-гетеросексуалы менее склонны к безопасному сексу, чем не имеющие постоянных партнеров гомосексуалы-мужчины (McKusick, Hoff, 1989). В другой работе установлено, что только 6 из 200 гетеросексуальных женщин, имевших не менее чем по 6 половых партнеров в год, регулярно просили своих партнеров использовать при влагалищном половом акте презервативы

(Masters, Johnson, Kolodny, 1988). Сходные данные получены при опросе студентов колледжей в Канаде: среди тех, у кого было более 10 половых партнеров, только 21% мужчин и 7,5% женщин систематически применяли презервативы (MacDonald et al., 1990). А недавнее обследование женщин-военослужащих показало, что все больше их число заражается ВИЧ "в результате незащищенного секса с бисексуалами или с людьми, вводящими себе наркотики внутривенно", хотя большинство из них утверждает, что у них было не более, чем по 1-2 половых партнера (Staver, 1990).

Продажа презервативов в конце 1980-х гг. резко возросла в результате повышения осведомленности людей о СПИДе, однако гетеросексуалы так и не стали регулярно пользоваться презервативами; не перешли они также и на строго моногамный секс. Об этом свидетельствует, в частности, увеличение числа заболевших сифилисом в 1987 г. по сравнению с 1986 г. (MMWR 38, 39), причем этот резкий скачок целиком можно отнести за счет роста числа больных среди гетеросексуалов. Заболеваемость сифилисом продолжала расти в 1988 и 1989 гг., подтверждая, что поведение людей мало изменилось, несмотря на все увеличивающееся число случаев СПИДа, полученного путем гетеросексуальной передачи. Даже лица, находящиеся на лечении по поводу БППП, пользуются презервативами нерегулярно (MMWR 39: 685-689, 1990). А большинство сексуально активных подростков вообще не применяют презервативы (Goodwin, 1990).

Наблюдаются также и другие признаки беспечного отношения гетеросексуалов к эпидемии ВИЧ, хотя до сих пор серьезных исследований этого вопроса не проводилось. Например, в большинстве городов по-прежнему процветает проституция, несмотря на широкое освещение в средствах массой информации возможных путей передачи ВИЧ. (Многие проститутки вводят себе наркотики внутривенно, так что половые отношения с ними безусловно сопряжены с опасностью заражения ВИЧ [Turner, Miller, Moses, 1989].) Кроме того, большинство мужчин, посещающих проституток, предпочитают не применять при этом презервативы; хотя данных по этому вопросу немного, в одном обследовании было обнаружено, что примерно половина мужчин, посещавших проституток, никогда не пользовались презервативами, а многие другие применяли их нерегулярно (Wallace et al., 1988).

Афро- и латиноамериканцы также редко применяют презервативы; а между тем, ввиду широкого распространения в их среде наркомании, они особенно подвержены риску заражения ВИЧ (Altman, 1989b; Miller, Turner, Moses, 1990; MM WR39: 685-689, 1990).

Распространению ВИЧ способствует еще одно обстоятельство, возникшее относительно недавно: мода на крэк - одну из сильно действующих форм кокаина. Употребление крэка, быстро приводящее к возникновению очень сильной зависимости, часто носит характер "запоя", продолжающегося несколько дней подряд. Для того чтобы заполучить этот наркотик, некоторые женщины начинают продавать себя, принимая до 10 клиентов в сутки, а поскольку многие из этих клиентов тоже наркоманы и поэтому с большой вероятностью инфицированы ВИЧ, все это стало существенным фактором в гетеросексуальной передаче вируса (Goldsmith, 1988; Kolata, 1988; Weiss, 1988; Miller, Turner, Moses, 1990).

Несмотря на все разговоры о безопасном сексе, половое поведение многих гетеросексуалов в нынешнее время мало отличается от того, каким оно было в доспидовую эпоху, и это можно понять, поскольку многие из них по-прежнему убеждены, что СПИД - это болезнь геев. Такая ситуация была подтверждена данными всеамериканского опроса общественного мнения, проведенного газетой "Лос-Анджелес Тайме" в середине 1989 г.; оказалось, что озабоченность населения СПИДом "снизилась"; меньше стало и число людей, считающих необходимым менять свой образ жизни из-за эпидемии этой болезни (Stamford, Advocate, 16 июля, 1989, с. B1).

Помещенные ниже отрывки из интервью с одинокими гетеросексуалами, проведенных в конце 1990 г., отражают всеобщую самоуспокоенность. (Из картотеки авторов.)

22-летняя женщина: Я не хочу показаться дурой, но я не знаю никого, кто был бы болен СПИДом, и я сомневаюсь, что парни, с которыми у меня была связь, колют себе наркотики или что-нибудь в этом роде. Может быть, если бы я жила в Нью-Йорке или Сан-Франциско, то я бы беспокоилась больше, однако я там не живу и не хочу провести всю свою жизнь в страхе.

29-летний мужчина: Я считаю, что газеты чрезмерно раздули всю эту историю со СПИДом. В прошлом году я слушал правительственное сообщение, в котором говорилось, что эпидемия пошла на убыль. И хотя у меня ежегодно бывает по 5-6 половых партнеров, никаких проблем никогда не возникало.

Такая же беззаботность отмечается сегодня в студенческих общежитиях, где, несмотря на все попытки просветить молодежь в отношении профилактики СПИДа, половое поведение мало чем отличается от того, каким оно было 10 лет назад. В ходе нескольких обследований было установлено, что среди студентов относительно мало таких, кого беспокоит возможность заразиться ВИЧ; невелико и число тех, кто постоянно практикует безопасный секс (Baldwin, Baldwin, 1988; De Buono et al., 1990; MacDonald et al, 1990). Одно из этих обследований, проведенное в южной Калифорнии на выборке, в которую входил 851 студент, показало, что 66% опрошенных за предшествующие 3 мес ни разу не пользовались презервативами, хотя все вели половую жизнь. Кроме того, студенты, у которых было по 4 и более партнеров в год, пользовались презервативами не

чаще, чем студенты с меньшим числом партнеров (Baldwin, Baldwin, 1988). Точно так же обследование 350 студентов в одном из крупных университетов восточного побережья показало, что большинство из них мало или совсем не беспокоила возможность ВИЧ-инфекции; многие полагали, что обязательно почувствуют, что предполагаемый половой партнер "небезопасен". Некоторые из опрошенных просто бравировали тем, что они не пользуются презервативами. Безопасный секс, по их мнению, не приносит удовольствия (Caron, McMullen, 1987).

Такое отношение, по-видимому, характерно для всех американских студентов. Директор медицинской службы одного из крупных университетов Среднего Запада, настаивая на своей анонимности, так высказался по этому поводу:

"Наши студенты ведут себя так, будто эпидемия СПИДа не добралась до этой части страны. Мы можем судить об этом по резкому взлету эпидемии хламидийных инфекций, которые служат своего рода показателем сексуальной распущенности. Между тем никто не знает, что за последний год у пяти из наших студентов была обнаружена ВИЧ-инфекция. Президент университета запретил говорить об этом, поскольку он опасается, что если это выплывет наружу, то спонсорская помощь университету резко уменьшится. (Из картотеки авторов)

Ситуация в общежитиях не кажется чем-то необычным: она очень точно отражает общую картину. Нам пока еще не удалось привлечь к борьбе с эпидемией ВИЧ все население. Во многом это объясняется тем, что американцы получают неоднозначную информацию, разбавленную информацию, а нередко не получают никакой информации, необходимой для того, чтобы они изменили свое поведение (Shilts, 1987; Masters, Johnson, Kolodny, 1988; Turner, Miller, Moses, 1989). Политики и религиозные деятели заблокировали многие усилия, направленные на создание общеобразовательной литературы по СПИДу, полагая, что она окажется слишком откровенной в сексуальном плане; программы по СПИДу для школьников очень часто отвергались из-за их "безнравственности". Единственный, по мнению таких моралистов, совет, который можно дать тем, кто хочет уберечься от СПИДа, - полностью отказаться от сексуальных контактов. В некоторых студенческих общежитиях ликвидировали автоматы с презервативами из опасения оскорбить чувства верующих. До тех пор пока людям не предложат более действенную программу просвещения по проблеме ВИЧ/СПИД, эпидемия, вероятно, будет разрастаться с ужасающей быстротой.

Если кто-то из ваших близких болен СПИДом

Когда такая смертельная болезнь, как СПИД, поражает члена вашей семьи или близкого человека, вы всей душой хотите помочь ему, но не знаете, как это сделать. Мы предлагаем вам несколько конкретных советов.

Прежде всего постарайтесь бывать у больного так же часто, как раньше (или может быть даже чаще). Однако непременно сначала звоните ему. Пусть он, или она, сами решают, хотят ли они кого-нибудь видеть именно в это время.

Предлагайте самую разную помощь. Мытье посуды, покупка продуктов или уборка квартиры могут показаться вам мелкими делами, однако такая помощь для больного нечто большее, чем "просто" приготовление обеда или повседневная домашняя работа.

Помните, что в праздничные дни с одиночеством особенно трудно справляться. (Это еще труднее, если человек находится в больнице.) Поэтому посещение в эти дни имеет особенно большое значение: оно поможет вашему другу почувствовать свою причастность к празднику. А умело подобранные украшения, сладости или подарки, связанные с данным праздником, будут напоминать о ваших чувствах даже после вашего ухода.

Не следует подробно обсуждать состояние здоровья вашего друга или родственника и методы его лечения, однако вместе с тем не надо делать вид, что болезни не существует. Вопросы типа "Как ты? безусловно уместны (точно так же, как они были бы уместны при любой другой болезни). Касайтесь в ваших разговорах новостей из внешнего мира, чтобы помочь вашему другу избежать чувства полной изоляции и отрешенности. Рассказывайте ему или ей об общих друзьях, обсуждайте успехи или неудачи его любимой спортивной команды и текущие события в стране и мире. Прикасайтесь к своему другу. Обнимите его, поцелуйте, положите ему руку на плечо - для него это значит больше, чем вы можете себе представить.

Не лгите больному о том, что он прекрасно выглядит, но не следует и выкладывать ему всю правду - во всех отношениях должна соблюдаться тактичная мягкость. Если постараться, то всегда можно сосредоточить внимание на чем-нибудь оптимистичном, даже если оптимизм приходится выражать в виде надежд на будущее: "Готов поспорить, что к концу недели дела пойдут лучше". Не пытайтесь давать советы, если вы считаете, что ваш друг относится к своей болезни не так, как вы считали бы правильным. Вы не можете точно представлять себе, что происходит в его душе. Будьте готовы к тому, что иногда ваш друг или родственник может рассердиться на вас, хотя вы стремились помочь. В таких случаях не воспринимайте его гнев как

направленный лично на вас. Вспышка может быть просто стремлением выплеснуть ощущение собственной несостоятельности и беспомощности. В некотором смысле такую вспышку можно рассматривать как признание вашего друга в том, что он понимает всю глубину вашего сочувствия и именно поэтому позволяет себе сердиться, будучи уверен, что вы не можете истолковать его поведение в превратном смысле.

Постарайтесь сохранять контакт с другими людьми, играющими важную роль в жизни вашего друга или родственника. Это поможет вам быть в курсе успехов (или осложнений) на медицинском фронте и даст возможность предложить помощь больному, когда она может понадобиться, а сам он постесняется о ней попросить. Например, супруге или возлюбленной вашего приятеля может быть нужно, чтобы кто-то заменил ее на какое-то время в уходе за больным. Вы можете предложить освободить ее, например, в послеполуденные часы в субботу, чтобы она могла заняться своими делами. Если больной смирился со СПИДом, это не означает, что он отказался от жизни. Признав реальность болезни, он может освободиться от чувства смятения и неуверенности; более того, таким образом он может обрести уверенность в собственных силах.

Если вы особенно близки со своим другом или родственником, не забывайте о том, что вам самому может понадобиться поддержка или совет. Во многих организациях, занимающихся СПИДом, есть группы поддержки, к которым вы можете присоединиться именно для этого.

Когда СПИД становится фактом твоей жизни

Это письмо написано молодым мужчиной, спустя 3 месяца после того, как у него был обнаружен СПИД. Из письма изъяты сведения, по которым можно было бы установить личность автора.

Моей первой реакцией на это известие, как вы понимаете, был шок и растерянность. Я знал, что эта таинственная чума угрожает нам всем, но тем не менее никак не мог подумать, что это случится именно со мной. Начнем с того, что я достаточно тщательно выбирал себе партнеров. Еще несколько лет назад я отказался от случайных связей и сделал это не из страха перед какими-то микробами, а из эстетических соображений. Я их нисколько не боялся, а они затаились, ожидая удобного момента, чтобы заполучить меня.

Я потратил не одну неделю, пытаясь решить, кто же предал меня. В конце концов я остановился на трех возможных кандидатах, но потом понял всю бессмысленность этой игры в детектива, меня стали больше занимать практические дела. Я написал завещание, поговорил с самыми близкими друзьями и старался привыкнуть к мысли, что жить мне осталось в лучшем случае года два.

Я хочу быть честным с вами и должен признать, что мысль о самоубийстве приходила мне в голову не раз. Своим родителям я сказал, что у меня редкая форма лейкоза, так как если бы они узнали об истинном диагнозе, это, вероятно, убило бы их обоих.

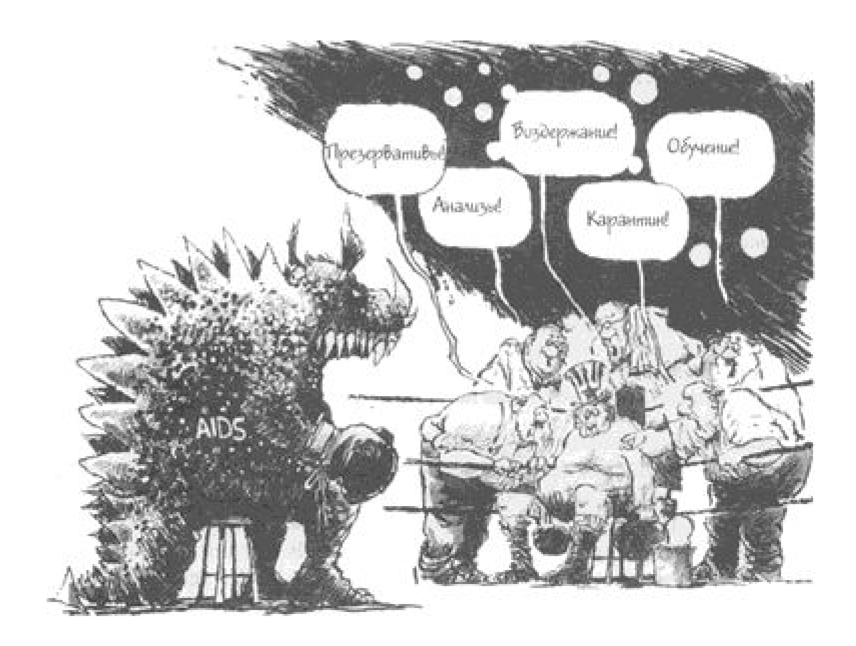
Когда я лежал в больнице, я стал замечать, что люди всеми способами стараются избегать меня. Медицинские сестры, санитары и служители, разносившие еду, вбегали в палату и тотчас выбегали, как будто задержавшись, чтобы поговорить со мной, они могли тут же заразиться; даже мой врач сохранял определенную дистанцию между нами. Эта изолированность, которую мне теперь пришлось принять, вероятно, ярче всего проявлялась в том, что очень немногие, даже среди моих друзей, могли выдержать зрительный контакт со мной: когда я смотрел им прямо в глаза, они отводили взгляд, как будто им стыдно или страшно.

До болезни я не был верующим, но в последнее время стал много молиться. Мне ничего не остается, кроме надежды на чудо, мои шансы выпутаться из этого равны одному на миллион. Если эта прямота слишком жестока для вас, то подумайте, каково мне. Теперь я знаю, что чувствует приговоренный к смерти, ожидая дня своей казни.

Вероятно, мои собратья в мире геев находятся в смятении, потому что эта ужасная эпидемия поворачивает стрелки часов назад. Однако сейчас мне трудно думать о равных правах и о движении геев. Для меня равные права должны были бы означать возможность жить. Если это эгоизм, то боюсь, что у меня он выражен в крайней форме.

Автор этого письма скончался в конце 1983 г., менее, чем через год после того, как ему впервые был поставлен диагноз.

Проблемы, стоящие перед обществом



История первых лет эпидемии ВИЧ, подробно изложенная в книге Рэнди Шилт (Shilts, 1987) "А оркестр продолжал играть", - это во многом трагическое повествование. В борьбе со смертельной болезнью гибли люди и терялось драгоценное время из-за гомофобии, самоуспокоенности и относительного бездействия федеральных властей. Так, в 1983 г. "Тайм" процитировала слова Дональда Кьюри, бывшего в то время руководителя "горячей линии" (службы телефонных консультаций) по саркоме Капоши в Сан-Франциско: Если бы от СПИДа погибали не геи, а бойскауты, денег на научные исследования нашлось бы гораздо больше" (Time, 28 марта, 1983). Между тем прошло еще почти 5 лет, прежде чем правительство выделило средства для изучения СПИДа (Winkenwerder, Kessler, Stolec, 1989). Еще в 1990 г. Ларри Крамер, основатель фонда Gay Men's Health Crisis, сказал: "Я очень боюсь, что война против СПИДа уже проиграна. Невозможно понять, почему в, казалось бы, цивилизованной стране в наше время к такому безостановочному изничтожению жизни проявляется такая терпимость" (Kramer, 1990).

Еще и сегодня отношение к этой болезни в очень большой мере определяется гомофобией. Однако у нашей неспособности справиться с эпидемией ВИЧ есть и другая причина. Много лет подряд мы уделяли главное внимание защите прав человека на неприкосновенность его личной жизни в ущерб заботам о здоровье общества. Кроме того, крайне необходимые исследования полового поведения или откладывались, или отвергались по чисто политическим причинам.

В такой запутанной ситуации, когда разные группы общества ратуют за или против тех или иных решений, отдельному человеку может оказаться весьма затруднительным сделать правильный выбор. Приводимое ниже обсуждение ряда кардинальных вопросов, касающихся СПИДа, основано на заключениях Национального института здоровья, многих научных и общественных организаций. В результате долгих дискуссий в начале 1990-х гг. удалось прийти к единому мнению относительно действий, которые необходимо предпринять, чтобы взять под контроль эпидемию ВИЧ/СПИД.

Просвещение и научные исследования

Совершенно ясно, что наука сама по себе не в силах остановить эпидемию СПИДа (если бы даже завтра была создана вакцина, на её проверку и запуск в производство ушли бы годы), поэтому важно сделать все возможное, чтобы люди своим поведением не помогали ВИЧ-инфекции распространяться. Просветительская деятельность не должна ограничиваться простым изложением фактов, она должна побуждать людей к изменению поведения.

Мы считаем обязательным создание и внедрение широких просветительских программ, а также проведение ряда организационных мероприятий, направленных на увеличение эффективности борьбы со СПИДом (Masters, Johnson, Kolodny, 1988).

1. Необходимо разработать учебную программу по СПИДу для школ. Начинать работу по этой программе следует задолго до того, как подростки начинают половую жизнь, т.е. не позднее четвертого или пятого класса.

2. Следует подготовить специальные программы для групп высокого риска (наркоманов, гомо- и бисексуалов, проституток, а также гетеросексуалов, ведущих беспорядочную половую жизнь). Кроме того, необходимо иметь специальные программы для инвалидов (слепых и глухих), а также для неграмотных.

3. В средствах массовой информации следует всячески пропагандировать ответственное сексуальное поведение. К этой кампании следует привлечь звезд шоубизнеса и спорта - всех тех, кто часто появляется на экране и пользуется особым доверием у подростков и молодежи.

4. Все колледжи и университеты должны предоставлять своим студентам консультативную помощь, которая позволила бы им избежать ВИЧ-инфекции.

5. Для координации всех этих просветительских мероприятий следует создать в Министерстве здравоохранения специальный отдел с достаточной численностью персонала и полномочиями, позволяющими его сотрудникам успешно выполнять эти функции. Кроме того, совершенно необходимо, чтобы научные исследования по СПИДу, которые обеспечили определенный успех в понимании этой проблемы, продолжались и развивались.

Обследование

В начальный период ВИЧ-эпидемии идея о массовых обследованиях на инфицированность ВИЧ столкнулась со значительным сопротивлением: высказывались сомнения в надежности существовавших в то время методов анализа крови и законности вторжения в личную жизнь. Многие задавали себе вопрос: "какой смысл проверяться, если не существует способа лечения, который мог бы продлить мне жизнь?" Сегодня на эту проблему смотрят совершенно иначе: по мнению большинства экспертов, буквально каждый, подвергшийся риску заражения, должен пройти конфиденциальную проверку на добровольной основе (L6 et al., 1989; Francis et al., 1989; Curran 1989; Cohen, Sande, Volberding, 1990).

Причины такого изменения позиции ясны. Во-первых, точность анализов на ВИЧ-инфекцию значительно повысилась. Во-вторых, опасения относительно нарушения конфиденциальности результатов проверки сильно поубавились, поскольку во многих штатах приняты законы, специально оговаривающие этот момент: созданы пункты, где проводятся анонимные анализы. И что самое важное, ранняя диагностика ВИЧ-инфекции - единственный способ предотвратить (или во всяком случае отдалить) серьезные осложнения СПИДа и продлить жизнь (Arno et al., 1989; Redfield, 1989; Francis et al., 1989; Friedland, 1990).

Возможность конфиденциальной проверки на СПИД приносит большую пользу. Так, во многих случаях люди, подозревающие у себя СПИД, сделав анализы, выясняют, что они не инфицированы, успокаиваются и принимают важные решения (вступить в брак, завести ребенка и т.п.). Если же человек обнаружил, что он инфицирован, он может: 1) защитить от инфекции своего полового партнера; 2) организовать соответствующую медицинскую помощь; 3) избегать ситуаций, в которых он подвергается риску дополнительного заражения ВИЧ; 4) принять ряд решений, связанных с работой, финансами, страховкой и т.д. Разумеется широкомасштабная проверка имеет и ряд недостатков. Прежде всего положительный результат может вызвать у человека психологический шок или глубокую депрессию, при этом полностью исключить, что положительный результат окажется ошибочным, нельзя. Еще один недостаток состоит в том, что поскольку абсолютная конфиденциальность не гарантирована, при выявлении вирусоносительства у вас могут возникнуть проблемы. Например, человека с положительной реакцией на ВИЧ не возьмут на военную службу. Такому человеку со временем окажется трудно заключить договор на некоторые виды страхования.

Общедоступность проверки на СПИД - благо для общества в целом. Руководители здравоохранения получают более ясное представление о тенденциях в развитии эпидемии ВИЧ и могут лучше планировать расходы и решать вопросы обеспечения необходимыми медицинскими услугами.

В настоящее время в США узаконена проверка доноров крови, органов и тканей, а также военнослужащих; попытки ввести обязательное тестирование лиц, вступающих в брак, потерпели неудачу в штатах Иллинойс и Луизиана и теперь прекращены. Пренатальная проверка на ВИЧ-инфекцию, на необходимости которой настаивали некоторые специалисты, в большинстве штатов пока не введена и вряд ли будет введена в ближайшие годы (Minkoff et al., 1988).

Меры по охране здоровья общества

Выявление контактов и уведомление. Одна из наиболее известных, выдержавших проверку временем стратегий по охране здоровья состоит в том, чтобы выявлять всех половых партнеров людей с подлежащей регистрации БППП и уведомлять их о грозящей опасности; источник сведений при этом не называют (Gostin, 1989). К сожалению, в большинстве штатов в настоящее время ВИЧ-инфекцию не относят к числу БППП.

Но поскольку пациенты с БППП и их партнеры представляют собой группу высокого риска, среди них довольно часто обнаруживаются лица с ранее невыявленной ВИЧ-инфекцией. Идентификация носителей ВИЧ способствует ограничению распространения инфекции, так как: 1) незараженного партнера ВИЧ-инфицированного лица предупреждают, что он подвергается риску; это дает ему возможность изменить свое поведение и понизить вероятность заражения; 2) выявление ВИЧ-инфекции у людей, у которых она прежде не была идентифицирована, дает им возможность принять меры для защиты своих половых партнеров, что понижает риск дальнейшего распространения болезни.

Существуют разные точки зрения на то, как должен вести себя врач, обнаруживший у пациента ВИЧ-инфекцию. Одни считают, что он обязан соблюдать конфиденциальность, другие полагают, что обязанность врача - сообщить от опасности тем, кому она угрожает. Во многих штатах эта ситуация решается так: если человек, инфицированный ВИЧ, отказывается сообщить об этом своим половым партнерам, то врач делает это сам, чтобы защитить их здоровье и благополучие (Yale AIDS Law Project, 1987).

Хотя законодательство США предусматривает карантин для лиц с контагиозными заболеваниями, а в некоторых штатах принят закон, санкционирующий изоляцию ВИЧ-инфицированных, продолжающих подвергать риску других людей (Gostin, 1989), многие видные деятели здравоохранения считают, что изолировать людей с ВИЧ-инфекцией не нужно и негуманно (Cohen, Sande, Volberding, 1990).

Другая возможная мера по охране здоровья населения, тоже принятая в обществе неоднозначно, - обмен использованных наркоманами игл и шприцев на стерильные. Такие программы на протяжении ряда лет успешно реализуются в Европе, однако в США их применяют в небольших масштабах в порядке эксперимента в нескольких крупных городах, таких как Нью-Йорк, Сиэтл и Портленд (Орегон). Препятствием к распространению такой акции по всей территории служит ее противозаконность в США, а также опасение, что выдача стерильных шприцов наркоманам будет способствовать увеличению их числа. Судя по имеющимся данным, в Европе эти опасения не оправдались, однако программа обмена игл не устранила этот способ передачи ВИЧ-инфекции (Miller, Turner, Moses, 1990).

Антидискриминационные проблемы

Выпускается множество разнообразных плакатов, предназначенных для разных групп населения. В 1990г., после того как было установлено, что многие молодые гомосексуалы не применяют презервативы, была выпущена эта фотография двух голых юношей, обернутых флагом США.

Впервые СПИД был выявлен в США среди тех, кто и так не пользовался любовью общества: гомосексуалов и наркоманов; поэтому отношение к больным СПИДом формировалось на фоне всевозможных предубеждений. Опасение заразиться при мимолетном контакте (необоснованность этих страхов теперь убедительно доказана), широко распространенное в начальный период эпидемии, подталкивало общество к дискриминации больных СПИДом или инфицированных ВИЧ. Таких людей под любым предлогом увольняли с работы; домовладельцы старались избавляться от жильцов со СПИДом; инфицированным детям запрещали посещать школу и т.д.

В настоящее время достигнуты немалые успехи в преодолении такого рода дискриминационного отношения. Принятый в 1973 г. Федеральный закон запрещает дискриминацию в отношении лиц с физическими недостатками. Судьи стараются подводить под этот акт людей с заболеваниями, связанными с ВИЧ-инфекцией, однако это, как правило, удается только в тех случаях, когда речь идет о программах, финансируемых федеральными органами (Gostin, 1989). Во многих штатах предпринимаются законодательные действия, позволяющие противостоять дискриминации больных СПИДом. Однако для того, чтобы к ВИЧ-инфицированным относились так же, как к раковым или сердечным больным, общество должно осознать, что этот вирус может поразить любого, даже самого добропорядочного человека (а не только гомосексуалов и наркоманов).

Дополнительные мероприятия

В процессе борьбы с эпидемией СПИДа обществу придется столкнуться с множеством проблем. Как быть с ВИЧ-инфекцией у бездомных? Кто примет на себя заботы о малолетних детях, инфицированных ВИЧ, родители которых умерли от СПИДа? Как можно положить конец использованию общих игл и шприцев наркоманами - одному из главных путей распространения ВИЧ-инфекции? Как финансировать расходы по медицинскому обслуживанию сотен тысяч людей, уже инфицированных ВИЧ? К сожалению, ясно, что справиться с такими проблемами будет не просто трудно, но и не под силу в финансовом отношении. Борьба с эпидемией потребует принятия нетривиальных решений при рассмотрении бюджета, распределении людских ресурсов и других факторов.

ПРЕЗИДЕНТСКАЯ КОМИССИЯ ПО СПИДУ

В 1987 г. президент Рейган создал специальную комиссию для изучения эпидемии ВИЧ и для выработки рекомендаций по защите общества от СПИДа и организации ухода за теми, кто уже инфицирован. (По мнению многих, такую комиссию надо было создать раньше; кроме того, возникли значительные разногласия по ее составу: одни считали, что в ней недостаточно представлены геи, тогда как других беспокоило отсутствие необходимого числа медиков и научных работников.) В конце 1988 г., заслушав сообщения более чем 600 специалистов, комиссия опубликовала заключительный доклад, встретивший в обществе широкое одобрение. Основные положения этого доклада таковы:

Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции имеет важное значение как для обеспечения оптимального медицинского обслуживания инфицированных, так и для защиты здоровья людей. Поэтому надо всячески пропагандировать добровольное обследование.

"ВИЧ-инфекция - это болезнь и к ней надо относится как к таковой в соответствии с федеральными законами. ... Инфицированных людей надо всячески поощрять к тому, чтобы они продолжали вести привычный образ жизни; учились, работали и жили у себя дома до тех пор, пока они могут" (Presidential Commission, 1988).

Следует принимать строгие меры для сохранения в тайне сведений о людях, инфицированных ВИЧ. В то же время сотрудникам ведомств, занимающихся охраной здоровья населения, необходимо разработать конфиденциальную систему уведомления партнеров, с тем чтобы все имевшие контакты с ВИЧ-инфицированными людьми могли получить консультацию, пройти обследование и оставаться под наблюдением.

Во всех штатах следует наладить обязательную регистрацию всех случаев положительных результатов проверки на ВИЧ-инфекцию, а не только больных СПИДом; это позволит лучше отслеживать развитие эпидемии,

Лечение наркоманов, практикующих внутривенное введение наркотиков, должно стать первоочередной задачей государства (что обойдется правительству примерно в 1,5 млрд. долларов в год), так как недопустить дальнейшего развития эпидемии ВИЧ можно только сокращая число таких наркоманов.

Комиссия высказалась за выделение дополнительных средств на увеличение численности среднего медицинского персонала; указала на важность борьбы с наркоманией и алкоголизмом и за здоровый образ жизни американцев всех возрастов. В докладе особо подчеркивалось, что граждане обязаны относиться к людям, инфицированным ВИЧ, с уважением и сочувствием.

Заключение

Эпидемию ВИЧ можно остановить, если каждый человек, осознав свою ответственность за собственное поведение, полностью откажется от внутривенного введения наркотиков и никогда не будет выходить за рамки безопасного секса.

Уровень современной медицины достаточно высок, чтобы разрешить все загадки ВИЧ-инфекции, хотя не вполне ясно, сколько на это потребуется времени. Ясно другое: в течение нескольких ближайших лет у каждого жителя США среди его знакомых и родных появится ВИЧ-инфицированный. Как мы - каждый в отдельности и общество в целом - ответим на этот вызов, пока неизвестно. Но если ненависть к кому-то или чему-то (к черным, голубым или наркоманам) не сменится заботой друг к другу, мы погибнем все вместе.

В обществе должен происходить откровенный и открытый обмен подлинной информацией, обсуждать которую прежде считалось неуместным. Мы должны быть готовы рассматривать такие идеи и стратегии, которые сначала могут показаться нам даже оскорбительными. Иными словами, нам предстоит непрерывно работать над изменением тех наших взглядов и привычек, которые благоприятствуют распространению этой инфекции (Carroll, 1990).

Выводы

1. Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД) - это болезнь, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ); в качестве самостоятельной нозологической единицы она выделена в 1981 г. Заболевание характеризуется полным разрушением иммунной системы, делающим организм чувствительным к оппортунистическим инфекциям, от которых в конечном итоге человек и погибает.

2. Самые первые случаи СПИДа были выявлены среди мужчин гомо- и бисексуалов, однако затем картина эпидемии ВИЧ/СПИД стала меняться: среди больных оказывается все больше людей, заразившихся

гетеросексуальным путем, а также женщин. И хотя эпидемия вначале захватила только Нью-Йорк и Калифорнию, теперь она распространилась по всей стране.

3. В начале 1990-х гг. в США было зарегистрировано 160 000 больных СПИДом. Это составляло лишь небольшую долю общего числа случаев, зарегистрированных по всему миру; наибольшее распространение болезнь получила в Африке.

4. ВИЧ - один из ретровирусов, предположительно происходящий от вируса, инфицирующего обезьян в Африке; проникнув в организм человека, он избирательно поражает Т-хелперы и макрофаги. Инфицировав эти лейкоциты, вирус превращает их в "фабрики" по производству новых вирусных частиц. ВИЧ поражает и другие клетки иммунной системы, а также различные органы, например, головной мозг.

5. ВИЧ передается в основном тремя способами: при половом контакте, через кровь (например, через общие иглы, используемые наркоманами для внутривенного введения наркотиков, или при переливании крови) и пренатально - от зараженной матери ее младенцу. Самый рискованный из всех половых контактов - анальный половой акт, как гомо-, так и гетеросексуальный, однако передача ВИЧ возможна также при влагалищном и орально-генитальном сексе. **ВИЧ не передается при поверхностных контактах (например, при рукопожатии), а также при укусе комаров**.

6. Полностью обезопасить себя от ВИЧ-инфекции можно несколькими способами: практикуя полное воздержание, используя технику секса, которая не сопровождается обменом жидкостями организма, или поддерживая моногамную связь с неинфицированным партнером. Правильное и постоянное применение презервативов существенно уменьшает риск заражения.

7. ВИЧ-инфекцию можно выявить с помощью нескольких методов. Используемый чаще всего скриннинг-тест ELISA приемлем лишь при условии, что в случае получения положительного результата (означающего наличие инфекции) он будет перепроверен более совершенным методом Вестерн-блоттинга. Благодаря совместному применению этих двух видов тестирования ложно-положительные результаты стали теперь очень редки, менее чем в 1 случае на 100 000.

8. В развитии ВИЧ-инфекции наблюдается несколько четко выраженных периодов. Начальный период часто проходит совершенно незаметно, хотя у 10-25 инфицированных спустя несколько недель после заражения отмечается кратковременное недомогание. Вслед за этим, как правило, наступает бессимптомный период, когда человек чувствует себя здоровым, однако в его крови содержатся живые частицы ВИЧ и он способен передавать их другим людям. Теперь известно, что бессимптомный период может длиться 7-10 лет. После этого появляются первые признаки разрушения иммунной системы - опоясывающий лишай или кандидозный стоматит. Другие обычные симптомы - похудание, увеличение лимфатических желез, быстрая утомляемость. Последний период ВИЧ-инфекции - полное развитие клинической картины СПИДа, который сопровождается саркомой Капоши (одна из форм рака кожи), пневмонией, вызываемой Pneumocystis carinii, а также разнообразными неврологическими расстройствами и другими оппортунистическими инфекциями

9. Хотя ВИЧ-инфекция и СПИД неизлечимы, их развитие можно несколько замедлить. АЗТ (известный также как азидотимидин) продлевает жизнь больным СПИДом и замедляет переход ВИЧ-инфекции в СПИД. Созданы также эффективные лекарственные препараты для лечения оппортунистических инфекций, возникающих обычно при СПИДе. Ведутся усиленные поиски вакцин, способных излечивать, а также предупреждать заражение.

10. Подсчет больных СПИДом не позволяет судить о динамике ВИЧ-инфекции на сегодняшний день, так как с момента заражения вирусом и до развития СПИДа обычно проходит от 7 до 10 лет. Поэтому сейчас главное внимание должно быть сосредоточено на распространении ВИЧ-инфекции. В больших городах штатов Нью-Йорк и Калифорния доля инфицированных среди гомо- и бисексуалов достигает 50%, тогда как по всей остальной стране она колеблется от 20 до 25%. Такие же географические вариации характерны и для наркоманов, вводящих наркотики внутривенно: на северо-востоке США доля инфицированных составляет 40-50%, а в других частях страны - менее 10%. Во втором десятилетии ВИЧ-эпидемии в составе инфицированных могут произойти изменения: среди них, вероятно, станет больше женщин и подростков.

11. Первоначальной реакцией общества на эпидемию ВИЧ/СПИД была усиливающаяся гомофобия, а также страх перед возможностью заражения при случайных контактах; в настоящее время подобные предубеждения ослабевают и люди начинают осознавать всю серьезность происходящего.

12. Сообщество геев добилось заметных успехов в своей компании за внедрение более безопасных видов секса, что привело к заметному снижению новых случаев ВИЧ-инфекции во многих частях страны. Однако по некоторым признакам на геев и мужчин-бисексуалов надвигается "вторая волна" ВИЧ-инфекции; отчасти это связано с практикой внутривенного введения наркотиков, а отчасти с тем, что людям надоедает постоянно заботиться о безопасности. Гетеросексуалов гораздо меньше беспокоит возможность получить ВИЧ-инфекцию. Об этом свидетельствуют, в частности, распространенность секса без презервативов, а также

нежелание многих снижать число половых партнеров и отказываться от участия в рискованных половых актах.

13. В современном подходе американцев к проблемам СПИДа есть два серьезных изъяна. Во-первых, нет единого центра, который бы руководил просветительской работой по ВИЧ/СПИД. Во-вторых, несмотря на наличие эффективных методов лечения ВИЧ-инфицированных, нам до сих пор не удалось убедить людей в том, что каждый, подвергшийся риску заражения ВИЧ, должен добровольно пройти обследование. По-видимому, это частично объясняется страхом перед ложно-положительным результатом анализа, а также боязнью подвергнуться дискриминации. Кроме того, вследствие политического давления, в большинстве регионов в отношении эпидемии ВИЧ/СПИД не применяются стандартные мероприятия, используемые в борьбе с БППП, хотя такие меры, как выявление и уведомление партнеров, доказали свою эффективность и целесообразность.

Вопросы для размышления

1. Многие крупные города и целые штаты отказались от обязательного выявления и уведомления партнеров ВИЧ-инфицированных лиц. Считаете ли вы это правильным? Почему да или почему нет? Если у кого-то, с кем вы несколько лет назад имели половые контакты, обнаружена ВИЧ-инфекция, хотели бы вы, чтобы все узнали об этом?

2. Как бы вы поступили, если бы, будучи беременной, выяснили, что вы инфицированы ВИЧ и что с вероятностью от 20 до 50% вы передадите вирус своему ребенку?

3. Представьте себе, что вы консультируете молодую пару перед свадьбой; вы обнаруживаете, что один из партнеров инфицирован ВИЧ, но отказывается сообщить об этом другой стороне, несмотря на существующие между ними половые отношения. Как вы поступите?

4. В прессе нередко появляются сообщения о том, что кто-то из известных всей стране людей болен СПИДом. Средства массовой информации настаивают на своем праве публиковать такую информацию, хотя бы потому, что подобные сообщения лишний раз напоминают обществу о реальной опасности эпидемии ВИЧ/СПИД. Однако такие публикации нарушают право знаменитостей на неприкосновенность личной жизни. Что вы думаете об этом?

5. В некоторых случаях люди, инфицированные ВИЧ в результате полового контакта, подают в суд на того, кто их заразил. Считаете ли вы, что такого рода акция справедлива или что она недопустима? А если человек, передавший инфекцию, не знал о том, что он носитель вируса? Повлияет ли это на ваше мнение?

Глава 21. Половые расстройства и их лечение

До тех пор пока половая сфера человека функционирует нормально, он уделяет ей не больше внимания, чем любым другим процессам, протекающим в его организме. Однако любое нарушение половой функции может стать причиной тревог, страданий и разбитой жизни.

Мы начнем эту главу с описания половых расстройств - состояний, при которых нарушаются нормальные физические реакции в половой сфере. Затем мы займемся причинами этих расстройств, а в последних разделах главы рассмотрим методы сексотерапии и их эффективность при лечении половых расстройств.

Половые расстройства у мужчин

У большинства народов нормальная половая потенция мужчины считается главным критерием его полноценности. Мужчина, "не дотягивающий до уровня" в сексуальном плане, ощущает неловкость, смущение и часто бывает подавлен своим состоянием. Нарушение половой функции существенно влияет на поведение мужчины. Он может избегать ситуаций, связанных с сексом; потерпев неудачу, такой мужчина постарается свалить вину на свою партнершу или же будет так усердно добиваться эрекции, что это еще больше затруднит его положение.

Нарушение эрекции (импотенция)

Нарушением эрекции, или импотенцией, называют неспособность достигнуть эрекции или удержать ее на уровне, достаточном для совершения совокупления. Различают первичное и вторичное нарушение эрекции. При первичном нарушении эрекции мужчина вообще ни разу в жизни не смог совершить половой акт, а при вторичной ему удавалось это один или много раз, прежде чем возникло нарушение. Вторичное нарушение встречается примерно в 10 раз чаще, чем первичное (Kolodny, Masters, Johnson, 1979).

Импотенция может возникнуть в любом возрасте и проявляется во многих формах. Полное отсутствие эрекции встречается редко и обычно бывает связано с определенными заболеваниями. Чаще мужчины жалуются на слабую эрекцию, не позволяющую им ввести половой член во влагалище (или в анальное отверстие). Иногда у больного возникает достаточно сильная эрекция, но при попытке к совокуплению она быстро исчезает. В других случаях мужчина способен достигнуть нормальной эрекции лишь при каких-то определенных условиях. Например, у некоторых мужчин не возникает проблем с эрекцией при мастурбации, но они не способны к эрекции при половой активности с партнершей. Другие способны к нормальной эрекции при внебрачных контактах, однако с собственной женой эрекция оказывается слабой. Нередко встречается и обратная ситуация: некоторые мужчины, не испытывающие никаких затруднений при половом акте со своими женами, практически неспособны к внебрачным контактам.

Отдельные неудачи (отсутствие эрекции или ее утрата в самое неподходящее время) могут иметь место у любого мужчины - это вполне нормальное явление. [По мнению Мастерса и Джонсон (1970), о вторичной импотенции можно говорить только в том случае, если проблемы с эрекцией возникают у мужчины по крайней мере в 25% попыток совершить половой акт.] Такие единичные эпизоды не свидетельствуют о половой слабости; они могут быть следствием временного физического стресса (гриппа, усталости, чрезмерного количества съеденного или выпитого) или каких-то психологических факторов (напряженности, недостаточной уединенности или необходимости освоиться с новой партнершей). Если мужчина, вместо того чтобы отнестись к таким инцидентам спокойно, начинает переживать свою неудачу, думать о том, сумеет ли он достигнуть эрекции в следующий раз, он создает тем самым почву для возникновения настоящих трудностей.

Импотенция обладает одной малоизвестной особенностью: иногда она исчезает сама собой. В одном исследовании было обнаружено что 30% мужчин, у которых возникали проблемы с эрекцией, не связанные с их физическим состоянием, спустя полгода функционировали нормально, хотя не прибегали ни к какому лечению (Segraves et al., 1985). Такое спонтанное "излечение" чаще происходит у мужчин, испытывавших затруднения с эрекцией в течение относительно коротких периодов времени - обычно менее трех лет; однако нам известны случаи, когда половая функция внезапно восстанавливалась спустя 10 лет и более. Мы не можем дать этому явлению какое-либо простое объяснение; возможно, это связано со снижением уровня стрессов в жизни данного мужчины.

Страх перед возможной неудачей - "Сумею ли я удержать эрекцию?", "Сумею ли я удовлетворить свою партнершу?" - скорее всего приведет к угнетению полового возбуждения и к утрате эрекции. Чем сильнее эти опасения, тем выше вероятность того, что они сбудутся (по принципу самовнушения), и мужчина начнет ощущать подлинную неспособность достигнуть эрекции и удержать ее. С течением времени страх перед неудачей может вызвать ослабление интереса к сексу (избегание), потерю самоуважения и попытки

преодолеть неуверенность (это обычно нарушает непосредственность полового акта, все больше превращая его из удовольствия в некое "действо"). Кроме того, опасение неудачи часто превращает одного или обоих партнеров в наблюдателей, следящих за собственной сексуальной реакцией или за реакцией партнера и оценивающих ее. Отвлекаясь на наблюдение и оценку происходящего, мужчина обычно получает меньше удовольствия от половой активности, что еще сильнее подавляет его способность к физической реакции. Таким образом возникает порочный круг: слабая эрекция вызывает страх неудачи, что побуждает стать наблюдателем, а это отвлекает и способствует нарушению эрекции, усиливая страх неудачи. Если не разорвать этот порочный круг, то весьма вероятно, что нарушение эрекции будет прочно закреплено.

Реакция мужчины на нарушение эрекции весьма разнообразна - от ужаса и растерянности (вероятно, самая типичная реакция) до полного равнодушия (наименее типичная). Конечно, для некоторых мужчин и женщин секс - это нечто большее, чем пульсирующий эрегированный мужской член, и удовлетворение от любовного свидания определяется для них не одним только половым актом; тем не менее большинству людей ограничения, создаваемые нарушением эрекции, неприятны. Вот как описывает свои переживания 34-летний мужчина, страдающий импотенцией:

Со временем ситуация становится настолько предсказуемой, что вы заранее пытаетесь оправдаться. У вас нет никаких шансов получить удовольствие от секса, потому что вас целиком поглощают мысли о неудаче. И неудача действительно наносит вам удар ниже пояса - вы перестаете чувствовать себя мужчиной. (Из картотеки авторов)

Партнерша мужчины с нарушенной эрекцией может обвинять в его бессилии себя, считая, что она недостаточно привлекательна, чтобы вызывать у него желание, или недостаточно опытна, чтобы возбудить его; или же ей кажется, что она оказывает на него давление и тем самым виновна в его затруднениях. В других случаях женщины полностью перекладывают ответственность на мужчин. Одни считают, что у их мужей есть внебрачные связи; другие подозревают мужей в гомосексуальных наклонностях; третьи - в том, что мужья их просто не любят. Импотенция может приводит к распаду очень прочных связей, делая партнеров мнительными, раздражительными и подозрительными даже за пределами спальни.

Преждевременная эякуляция

Преждевременная, или ранняя эякуляция - одно из наиболее распространенных половых расстройств, но дать ей точное определение затруднительно. В основе прежних формулировок лежали длительность полового акта (например, "менее двух минут"), или же число фрикций, произведенных до эякуляции. Однако теперь от такого рода определений отказались. Это хорошо, потому что одни мужчины пытались с помощью секундомера установить, соответствует ли их поведение норме, а другие старались ускорить фрикции (чтобы увеличить их число), хотя такое поведение обычно приближает эякуляцию, вместо того, чтобы отдалить ее.

В нашей книге "Human Sexual Inadequacy" (Masters, Johnson, 1970) была сделана попытка определить преждевременную эякуляцию с учетом взаимодействия между половыми партнерами. (До 1970 г. преждевременную эякуляцию нередко рассматривали как одну из форм импотенции - представление, отражавшее недопонимание физиологии этого явления.) Мы полагали, что о преждевременной эякуляции у мужчины можно говорить лишь в том случае, если его партнерша испытывает оргазм менее чем в 50% половых актов; при этом мы отдавали себе отчет, что и эта формулировка несовершенна (Masters, Johnson, 1970). Прежде всего она неприменима в тех случаях, когда женщина в принципе не испытывает оргазм или испытывает его крайне редко. Позднее Хелен Каплан (Kaplan, 1974) предложила еще один подход к этой проблеме. По ее мнению, термин "преждевременная эякуляция" относится к мужчинам, неспособным контролировать ее наступление, однако большинство сексологов считают способность полностью контролировать эякуляцию не правилом, а исключением.

Американская ассоциация психиатров недавно деликатно обошла эту проблему, введя в определение преждевременной эякуляции понятие "разумного контролирования". "Оценка разумного контролирования производится... с учетом ряда факторов, оказывающих влияние на продолжительность фазы возбуждения, таких как возраст, новый половой партнер, частота и продолжительность полового акта" (American Psychiatric Association, 1980, с. 280). Согласно другой точке зрения, не следует говорить о преждевременной эякуляции, если оба партнера "считают, что на качество их сексуальных отношений не влияют старания оттянуть эякуляцию" (LoPiccolo, 1977).

Несмотря на недостатки, имеющиеся у всех этих определений (или определения этого недостатка), нетрудно установить, в каких случаях быстрая эякуляция вносит дисгармонию в половые отношения. И хотя Кинзи и сотр. (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948, с. 580) считают быструю эякуляцию признаком биологической компетентности, отмечая, что "было бы трудно найти другую ситуацию, в которой индивидуума, обладающего быстрыми и интенсивными реакциями, не признали бы превосходящим других", в настоящее время большинство сексологов не согласны с этим мнением. На точку зрения Кинзи, возможно, повлияли полученные им данные, согласно которым у 75% мужчин эякуляция происходила спустя 2 мин после введения члена по влагалище, однако теперь эти данные кажутся неточными (Hunt, 1975). Безусловно,

нельзя отрицать, что, по мнению некоторых людей, секс доставляет удовольствие только мужчине, а женщины бывают рады поскорее "отделаться от этого", однако в настоящее время такие представления, по-видимому, уступают место более эгалитарному взгляду на половые отношения.

Сексуальная проблема существует в том случае, если у мужчины постоянно происходит самопроизвольная эякуляция во время предварительных ласк (не при самом половом акте) или при попытке ввести половой член партнерше. Такая крайняя ситуация встречается менее чем в 1% случаев преждевременной эякуляции и, конечно, приносит много огорчений. Описанный феномен может иметь место лишь при определенных обстоятельствах, хотя в других случаях все протекает нормально. Например, у некоторых мужчин эти проблемы возникают только при внебрачном сексе.

Быстрая эякуляция может совершенно не беспокоить мужчину, а может заставить его сомневаться в собственной мужественности (Perelman, 1980; Kaplan, 1989). Страх перед неудачей часто усиливает неспособность контролировать эякуляцию и может привести к нарушению эрекции в результате возникновения описанного выше порочного круга "страх-самонаблюдение-неудача-страх" (Kolodny, Masters, Johnson, 1979). Нарушения эрекции иногда являются результатом того, что мужчина, страдающий преждевременной эякуляцией, стремится контролировать свое половое возбуждение, стараясь отвлечься (думая о своих служебных делах или занимаясь обратным счетом от 1000); если, однако, он делает это слишком усердно, утрачено может быть не только стремление к эякуляции, но и эрекция.

Многие партнерши мужчин, страдающих преждевременной эякуляцией, относятся к ним с сочувствием, понимая, что эякуляция происходит у них самопроизвольно, однако других эта ситуация приводит в ярость, они считают, что мужчины их просто "используют" (Perelman, 1980). У большинства мужчин после длительного воздержания эякуляция наступает быстрее; поэтому раздражение лишь усугубляет проблему и даже может вообще разрушить отношения между партнерами. Если же мужчина, стараясь понизить свое возбуждение, сокращает длительность предварительных ласк, то такая тактика может вызвать обратный эффект, еще больше убеждая женщину в эгоистичности партнера (Kolodny, Masters, Johnson, 1979).

Хотя среди пациентов, обращающихся в Институт Мастерса и Джонсон, мужчин, страдающих преждевременной эякуляцией, меньше, чем мужчин с нарушением эрекции (Masters, Johnson, 1970; Kolodny, Masters, Johnson, 1979), мы считаем преждевременную эякуляцию самым распространенным половым расстройством среди американцев. По нашим оценкам, 15-20% американских мужчин в той или иной степени испытывают затруднения с контролированием эякуляции, причем менее одной пятой из них считают это достаточным поводом для обращения к врачу. Остальные полагают, что могут справиться с этой проблемой сами, либо используя презерватив для притупления тактильных ощущений при половом акте, либо сокращая потребление спиртного, либо совершая половой акт через 2-3 ч после того, как они уже один раз достигли оргазма. "Десенсибилизирующие" половой член кремы и мази, которые можно купить без рецепта, убивают ощущения. Даже если они и помогают избежать быстрой эякуляции, то платить за это приходится слишком дорогую цену.

Несостоятельность эякуляции и задержанная эякуляция

Несостоятельностью эякуляции называют неспособность к интравагинальной эякуляции, несмотря на нормальную эрекцию и относительно высокий уровень полового возбуждения. Ее следует отличать от ретроградной эякуляции, при которой во время оргазма шейка мочевого пузыря замыкается не полностью и сперма выливается назад, в мочевой пузырь, где смешивается с мочой. Задержанную эякуляцию можно рассматривать как противоположность преждевременной эякуляции; в этом случае интравагинальная эякуляция в конечном счете происходит, однако это занимает много времени и требует затраты огромных усилий на стимулирование в процессе полового акта, а сексуальное возбуждение при этом может быть слабым.

Несостоятельность эякуляции встречается редко, главным образом среди мужчин старше 35 лет. Самая распространенная форма (примерно две трети всех случаев) - первичная несостоятельность эякуляции, при которой больной вообще никогда не был способен эякулировать во влагалище. Вторичной называют несостоятельность в тех случаях, когда мужчина, у которого эякуляция прежде протекала нормально, утрачивает способность к интравагинальной эякуляции или достигает этого крайне редко. Как в том, так и в другом случае эякуляцию обычно удается вызвать с помощью мастурбации (примерно у 85% наших пациентов) или стимуляции со стороны партнерши (примерно у 50% наших пациентов), но вне полового акта. Примерно у 15% наших пациентов, обращавшихся по поводу несостоятельности, эякуляция не происходила вообще никогда, если не считать ночных поллюций. В редких случаях несостоятельность эякуляции может носить ситуационный характер, т.е. проявляться с определенной партнершей (Munjack, Kanno, 1979).

Несостоятельность эякуляции может быть источником сексуального наслаждения, потому что она делает возможным длительный половой акт. Некоторые пациенты говорят нам, что они способны удерживать

эрекцию в течение 1-2 ч к вящему удовольствию своих партнерш, многие из которых восхищаются этим. Однако когда женщина обнаруживает, что ее партнер неспособен к интравагинальной эякуляции, ее реакция чаще всего изменяется. Ей начинает казаться, что партнер находит ее недостаточно привлекательной, что он не получает удовольствия или же что он "задерживает" наступление оргазма из эгоизма (Munjack, Oziel, 1980). Если половые партнеры хотят иметь детей, то несостоятельность эякуляции может вызвать еще большее огорчение и даже взаимные обвинения и ссоры, способные разрушить самые прекрасные отношения, о чем свидетельствует пример из нашей картотеки:

27-летний женатый мужчина. Я до смерти устал от бесконечного психоанализа, которому подвергает меня жена из-за возникшей у нас проблемы. Я хочу ребенка не меньше, чем она, но мой член, очевидно, этого не понимает. Однако это не повод обвинять меня в гомосексуализме.

Задержанная эякуляция наблюдается во всех возрастных группах, начиная с юношеского возраста, и вероятно в 2-3 раза более обычна, чем несостоятельность эякуляции. Хотя это расстройство может быть источником сексуального наслаждения, однако иногда длительные фрикции, необходимые для достижения эякуляции, вызывают физиологический дискомфорт у женщины, сексуальные потребности которой могут быть полностью удовлетворены за более короткое время. Женщина может почувствовать себя обиженной сексуальной настойчивостью своего партнера. Она испытывает при этом такие же чувства, как мужчина, когда его партнерше необходим длительный половой акт для достижения оргазма.

Здесь снова важно отличать ясно выраженное половое расстройство от возникающих время от времени эпизодов, когда мужчина оказывается неспособным к интравагинальной эякуляции или когда ему необходим длительный половой акт и долгие фрикции, чтобы она произошла. Эпизодические затруднения с эякуляцией не есть признак полового расстройства и часто бывают обусловлены усталостью, напряжением, нездоровьем, слишком частыми совокуплениями, воздействием алкоголя или лекарственных препаратов (см. гл. 22). Кроме того, мужчина может оказаться неспособным эякулировать, если он не испытывает никаких особых чувств к партнерше (например, если он совершает половой акт просто потому, что, как ему кажется, от него этого ожидают).

Болезненный половой акт

Болезненный половой акт, или диспареуния, обычно считается одним из женских половых расстройств, но иногда это состояние наблюдается и у мужчин. В типичном случае болевые ощущения возникают в половом члене, но возможны они и в яичках, и во внутренних половых органах, что бывает связано с какими-либо нарушениями в предстательной железе или семенных пузырьках. Причины болезненного полового сношения у мужчин обсуждаются далее в этой главе.

Половые расстройства у женщин

Еще совсем недавно в обществе царило убеждение, что женщины менее сексуальны, чем мужчины. Поэтому проблемы женских половых расстройств как бы не существовало. За прошедшие два десятилетия традиционные взгляды на сексуальность женщины были полностью опровергнуты, а ее сексуальные потребности признаны совершенно законными. Однако одновременно с этим от женщин стали ожидать безусловной сексуальной отдачи, а их сексуальные проблемы - благодаря многочисленным статьям в журналах, популярным книгам и телевизионным ток-шоу - вдруг оказались в центре внимания.

В результате женщины стали все больше задумываться над тем, все ли у них в порядке в половой сфере. Женщина, ощущающая себя по той или иной причине недостаточно отзывчивой в сексуальном плане, испытывает замешательство, огорчается или впадает в депрессию точно так же, как мужчина. Пытаясь справиться с этим, она может избегать полового акта, придумывая отговорки, или прилежно "работать" над сексом в поисках "правильной техники", которая позволила бы ей проявить свои сексуальные возможности.

Вагинизм

Вагинизм - одно из половых нарушений, при котором попытки партнера ввести половой член во влагалище вызывают у женщины непроизвольные спазмы мышц, запирающих вход во влагалище. Вагинизм возможен у женщин любого возраста и бывает выражен в очень разной степени. При крайней форме вход во влагалище сжимается так сильно, что в него невозможно ввести не только половой член, но даже палец. При более мягкой форме вагинизма любая попытка к половому сношению, какой бы она ни была тактичной, спокойной и нежной, вызывает боль в области таза. В самых легких случаях женщина способна к совокуплению, но ценой неприятных ощущений. Частота вагинизма среди женщин неизвестна, но, исходя из наших данных, она составляет менее 10% всех половых расстройств у женщин. По нашим оценкам, вагинизмом страдают от 2 до 3% молодых женщин.

У некоторых женщин вагинизм сопровождается страхом перед половой активностью, что может нарушить их половую реактивность; однако у большинства женщин при этом расстройстве половое возбуждение возникает достаточно легко или просто легко. Увлажнение влагалища происходит нормально, предварительные ласки могут быть приятны и дают удовлетворение; способность к оргазму часто сохраняется (Kolodny, Masters, Johnson, 1979). Женщины, страдающие вагинизмом, обычно испытывают нормальное половое влечение и неспособность получать удовольствие при половом акте приводит их в замешательство. Особенно глубокое огорчение вагинизм вызывает у супружеских пар, желающих иметь детей, и часто именно это заставляет их обратиться к врачу.

В ряде случаев партнер женщины, страдающей вагинизмом, бывает совершенно сбит с толку, не понимая, в чем причина затруднений. Часто он не имеет понятия о непроизвольных мышечных спазмах и начинает думать, что либо он чем-то обижает свою партнершу, либо что она "напрягается" умышленно, чтобы избежать совокупления. Если он считает, что причиняет ей боль, то это может делать его все более и более пассивным в сексуальном плане. У него возможны нарушения эрекции, особенно, если он винит себя в возникшей ситуации. Если же он считает виновной свою партнершу, то спустя какое-то время он может потерять терпение, начать раздражаться и искать других партнерш.

Вагинизм можно заподозрить, если женщина сталкивается с затруднениями при употреблении тампонов или введении диафрагмы, но чтобы поставить диагноз этого нарушения, необходимо провести тщательное обследование. К сожалению, не все врачи достаточно квалифицированы для выявления сексуальных проблем, и иногда женщине говорят "все нормально", когда она несомненно страдает вагинизмом.

Аноргазмия

До публикации "Human Sexual Inadequacy" (Masters, Johnson, 1970) "фригидностью" называли ряд различных женских половых расстройств - от неспособности испытывать оргазм и отсутствия интереса к сексу до отсутствия половой возбудимости. Но так как точного определения этого термина не существовало, он все больше приобретал пренебрежительный негативный оттенок, характеризуя женщин как "холодных" или ущербных; в результате многие сексологи перестали им пользоваться. Мастере, Джонсон (1970) и Каплан (Kaplan, 1974) предложили использовать термин оргазмическая дисфункция, понимая под этим состояние, при котором женщина не может достигнуть оргазма; синонимом служит термин "аноргазмия".

Как и при многих других половых расстройствах существует несколько различных типов аноргаз-мии. Термин первичная аноргазмия относится к женщинам, которые никогда не испытывали оргазма. Вторичной называют аноргазмию, при которой женщина, в свое время регулярно достигавшая оргазма, перестала испытывать его. Ситуационной аноргазмией называют отклонение, при котором женщина достигает оргазма при каких-то определенных условиях, но неспособна к этому в отсутствие таких условий. Например, оргазм возможен в результате мастурбации, но не при стимуляции со стороны партнера. Одна из разновидностей ситуационной аноргазмии - коитальная аноргазмия - состоит в том, что женщина может достигать оргазма разными способами, но только не в результате полового акта. Наконец, при спорадической аноргазмии женщина способна испытывать оргазм при различных формах половой активности, но далеко не всегда.

Как показывают эти определения, известно много форм аноргазмии. В пределах каждой из этих форм выявляется дальнейшее разнообразие. Некоторые женщины, неспособные к оргазму, не получают удовольствия от полового акта и относятся к нему как к супружеской обязанности или как к способу сохранения партнерских отношений. Другие находят половой акт приятным и приносящим удовлетворение. Приведем несколько мнений по этому поводу:

22-летняя незамужняя женщина. Я получаю удовольствие от секса, но я всегда стараюсь достигнуть оргазма, и тревога, что это мне не удастся, непрестанно грызет меня. Я чувствовала бы себя гораздо лучше, если бы была уверена, что всякий раз смогу кончить.

Замужняя женщина, 31 год. Я всегда была способна достигнуть оргазма с помощью мастурбации, но ни разу не испытала его с мужем. После 8 лет супружеской жизни это стало вносить напряжение в нашу жизнь: ему кажется, что он делает что-то не так, а мне, что я лишена какой-то особой способности к партнерству.

19-летняя студентка. Кругом так много разговоров об оргазмах, что я начала задумываться: почему их нет у меня? Раньше секс доставлял мне большое удовольствие, но в последнее время все это превратилось в какой-то скверный спектакль, лишь напоминающий мне о моих проблемах.

Неспособность к оргазму может породить страх неудачи, который подталкивает женщину к самонаблюдению, подавляя все ее сексуальные реакции, точно так же как это происходит с мужчиной. Аноргазмия может также привести к понижению самооценки и к депрессии.

Следует подчеркнуть, что одной лишь стимуляции, создаваемой половым актом, не всегда бывает достаточно для того, чтобы женщина достигла оргазма. Многим женщинам необходимы какие-то дополнительные действия (например, поглаживание клитора). К сожалению, некоторые считают настоящим только тот оргазм, который вызывается контактом полового члена с влагалищем; однако это просто неверно.

Вопрос о числе женщин, страдающих аноргазмией, уже многие годы вызывает разногласия. По данным нескольких исследований, которые можно объединить в одну группу, 10% женщин никогда не испытывают оргазм при половом акте (Kinsey et al., 1953; Chesser, 1956; Fischer, 1973; Hunt, 1975; Levin, Levin, 1975). Возможно, еще 10% достигают оргазма лишь изредка. По мнению Каплан (Kaplan, 1974), не следует считать, что у этих женщин существуют какие-то отклонения, поскольку отсутствие оргазма при половом акте не выходит за пределы нормальной сексуальной реакции женщины. Хаит (Hite, 1977) высказывает аналогичное мнение, указывая, что многие из обращавшихся к ней женщин предпочитали оргазмы, не связанные с половым актом. С нашей точки зрения эти представления грешат нелогичностью: 1) если применить подобный ход рассуждений к мужчинам, то преждевременную эякуляцию также придется считать нормальным явлением, так как она, по-видимому, наблюдается у примерно такого же числа мужчин; 2) в результате кратковременной терапии многие женщины, не испытывающие оргазма при половом акте, довольно легко начинают достигать его; 3) нет надежных научных данных, которые свидетельствовали бы о том, что достаточно большая доля женщин неспособна испытывать оргазм при половом акте. Кроме того, поскольку многих женщин страдающих аноргазмией такого типа, огорчает их положение, вряд ли они перестанут расстраиваться, если их попытаются убедить в том, что нет повода для беспокойства.

Мы убеждены, что к сексопатологам должны обращаться люди, цели которых реальны и которые в самом деле стремятся их достигнуть. Не следует уговаривать прибегать к сексотерапии женщин, которые не сожалеют о том, что не испытывают оргазма или не придают значения способу, которым они его достигают. Мы считаем также ошибкой прибегать к сексотерапии при женской аноргазмии, если главная цель при этом состоит в том, чтобы удовлетворить партнера.

Аноргазмия - в любых ее формах - наиболее распространенное половое расстройство, встречающееся у женщин (примерно 90% всех расстройств). Но, хотя многие женщины и не достигают оргазма при каждом половом акте, тем не менее это нельзя считать половым расстройством. Отсутствие оргазма может быть связано с желаниями данной женщины, опытностью и чувствительностью ее партнера, их взаимодействием, обстановкой, в которой происходит половой акт (степень уединенности, время, комфортность и т.д.) и с другими факторами, которых слишком много, чтобы их можно было здесь перечислить. Говорить о половом расстройстве у женщины, испытывающей оргазм лишь в некоторых случаях, можно только тогда, когда оргазмы у нее так редки, что это вызывает беспокойство и недовольство.

Партнер женщины, страдающей аноргазмией, может сочувствовать ей, но вместе с тем чувствовать виноватым себя, так как многие мужчины считают своей обязанностью довести партнершу до оргазма. Приняв на себя роль "наставника" или "тренера", он может терять терпение и сердиться, если его партнерша, несмотря на все его усилия, не испытывает оргазма. Если же он старается создать романтическую обстановку и тщательно продумывает свою сексуальную технику, а все это оказывается безуспешным, он может почувствовать себя обиженным. Некоторые мужчины прекращают старания и смиряются со сложившимся положением вещей, тогда как другие начинают думать, что их партнерши намеренно не допускают оргазма. Вероятно, особенное огорчение или гнев вызывает у мужчины открытие, что его партнерша симулирует оргазм.

Быстрый оргазм

В то время как преждевременная эякуляция у мужчин широко обсуждается, ее женский вариант - быстрый оргазм - почти не привлекает внимания сексопатологов; это, вероятно, объясняется тем, что быстрый оргазм встречается относительно редко. За наши более чем тридцатилетние исследования мы встретили лишь несколько женщин, жаловавшихся на то, что оргазм наступает у них слишком быстро. Главная проблема для этих женщин заключается в том, что, испытав оргазм, они теряют интерес к продолжению сексуальной активности и нередко она становится им даже неприятной. В то же время другие женщины, быстро достигающие оргазма, сохраняют интерес к сексу, продолжая оставаться в возбужденном состоянии (и часто испытывая при этом повторные оргазмы), а поэтому считают быстрый оргазм не недостатком, а достоинством. Партнеры таких женщин тоже, вероятно, оценивают эту способность положительно, относя ее за счет либо очень высокой чувственности партнерши, либо собственных сексуальных способностей.

Болезненность полового сношения

Диспареуния, или болезненность полового сношения, оказывается для женщины серьезным препятствием к получению полового удовлетворения. При диспареунии, которая встречается в любом возрасте, боль может возникать в начале полового акта, в его середине, во время оргазма или по завершении совокупления.

Женщина чувствует жжение, сильную острую боль или спазмы; эти ощущения возникают во влагалище, в глубине тазовой области или в брюшной полости.

Частота диспареунии неизвестна. Мы обнаружили, что примерно 15% взрослых женщин несколько раз в год испытывают дискомфорт при половом акте. По нашим оценкам, у 1-2% взрослых женщин болезненность при половом сношении возникает гораздо чаще.

Диспареуния лишает женщину сексуального наслаждения и способна нарушить сексуальную возбудимость и оргазм. Страх в ожидании боли сковывает женщину и снижает удовольствие от секса; во многих случаях женщина старается избегать половых сношений или воздерживается от половых контактов в любой форме. Партнер женщины, страдающей диспареунией, должен проявить понимание и осторожность, однако некоторые мужчины раздражаются и продолжают свои действия, несмотря на испытываемый партнершей дискомфорт.

Причины половых расстройств

Причины половых расстройств принято делить на органические (связанные с такими факторами, как болезнь, травма, воздействие химических веществ) и психосоциальные (в том числе психологические, межличностные, культурные или воздействия среды). Точную причину того или иного полового расстройства у данного человека удается выявить не всегда, тем более, что в некоторых случаях оно может быть вызвано сочетанием нескольких разных факторов.

Органические факторы

Считается, что от 10 до 20% половых расстройств бывают вызваны главным образом органическими факторами (Kolodny, Masters, Johnson, 1979; Munjack, Oziel, 1980; Kaplan, 1983). Еще в 15% случаев, не будучи непосредственной или единственной причиной, органические факторы участвуют в возникновении половых расстройств. Поэтому человеку, желающему излечиться от какого-либо полового расстройства, необходимо пройти полное физикальное обследование, а также сделать анализы крови и мочи, чтобы установить или исключить возможность воздействия на половую функцию тех или иных органических нарушений. Мы рассмотрим по отдельности все половые расстройства, чтобы изучить органические факторы, которые могли бы участвовать в их возникновении. Многие из этих расстройств рассматриваются более подробно в гл. 22.

Половые расстройства у мужчин

Нарушение эрекции может возникнуть в результате многих заболеваний. Диабет (нарушение регуляции содержания сахара в крови) и алкоголизм - две самые главные причины импотенции. Только в США эти два фактора, вероятно, повинны в нескольких миллионах случаев данного расстройства. К другим органическим причинам нарушения эрекции относятся: травмы спинного мозга, рассеянный склероз и другие неврологические заболевания; инфекции или травмы полового члена, яичек, мочеиспускательного канала или предстательной железы; гормональная недостаточность; нарушение кровообращения. Иногда затруднения эрекции возникают в результате приема лекарственных препаратов (например, назначаемых при гипертонии), возбуждающих препаратов (амфетамины), психотропных средств (барбитураты) и наркотиков.

Преждевременная эякуляция редко бывает вызвана органическими факторами. Из более чем 500 больных с жалобами на преждевременную эякуляцию, прошедших через Институт Мастерса и Джонсон, лишь у одного данное расстройство было обусловлено болезнью.

При **несостоятельности эякуляции** иногда обнаруживаются неврологические расстройства (примерно в одном случае из 20). Наркомания и алкоголизм служат причиной нарушения эякуляции примерно в 10% случаев. Некоторые лекарственные препараты, например ганетдин (торговое название исмелин) и ингибиторы моноаминоксидазы (используемые для лечения депрессии), также могут влиять на процесс эякуляции.

Болезненность полового сношения у мужчин может быть связана с несколькими различными органическими проблемами, хотя по крайней мере половина таких случаев вызывается психосоциальными факторами. Воспаление или инфекция полового члена, крайней плоти, мочеиспускательного канала или предстательной железы - наиболее вероятные органические причины диспареунии у мужчин. Небольшое число мужчин испытывают боль, если кончик полового члена поцарапан или раздражается нитевидной нижней частью ВМС, выступающей из шейки во влагалище. У некоторых других мужчин болезненное раздражение полового члена возникает при соприкосновении с противозачаточными пенами или мазями, вводимыми во влагалище.

Половые расстройства у женщин

Вагинизм чаще всего бывает вызван не органическими, а психологическими факторами. Однако любая из органических причин диспареунии может привести к вагинизму в результате естественного защитного рефлекса (Kolodny, Masters, Johnson, 1979). Даже в тех случаях, когда удается выявить и устранить органическую причину, вызвавшую вагинизм, ликвидировать само это состояние возможно не во всех случаях, особенно если оно продолжалось долгое время.

Аноргазмия бывает связана с органическими факторами менее, чем в 5% случаев. Почти любое тяжелое хроническое заболевание может нарушить оргазмическую реакцию женщины. К числу расстройств, которые иногда блокируют оргазм, относятся диабет, алкоголизм, нервные заболевания, гормональная недостаточность, а также инфекции, травмы или послеоперационные рубцы в тазовой области. Наркотики, транквилизаторы и противогипертонические препараты также могут повлиять на способность женщины испытывать оргазм. Органические причины быстрого оргазма неизвестны.

Диспареуния у женщин может быть вызвана десятками органических факторов: столь же часто ее причина относится к психосоциальной сфере (Lazarus, 1980). Любой фактор, ослабляющий увлажнение влагалища, может создать дискомфорт при половом сношении. Главные виновники этого, по-видимому, лекарственные препараты, обладающие иссушающим воздействием (например, антигистаминные препараты, используемые при аллергиях, простудах, гайморите или фронтите), некоторые транквилизаторы и марихуана. К такому же эффекту приводят диабет, инфекции влагалища и недостаточность эстрогена. Среди других причин женской диспареунии можно назвать следующие:

Поражения кожи вокруг отверстия влагалища или затрагивающие вульву.

Раздражение или инфекция клитора.

Анатомические изменения отверстия влагалища, например рубцы, оставшиеся после эпизиотомии;

интактная девственная плева или хроническая инфекция остатков девственной плевы,растягивающихся во время полового акта;

инфекция бартолиновых желез.

Функциональные расстройства мочеиспускательного канала или прямой кишки.

Патология влагалища: инфекция, послеоперационные рубцы, истончение стенок влагалища (возрастное или вызванное недостаточностью эстрогена) и раздражения, вызванные химическими веществами, содержащимися в противозачаточных средствах или средствах для спринцевания.

Заболевания половых органов: инфекции, опухоли, аномалии шейки матки, разрывы связок, поддерживающих матку.

Психосоциальные факторы

Выработать ясное представление о том, каким образом психосоциальные факторы "вызывают" нарушение половых функций, оказалось гораздо труднее. Во многих проведенных до настоящего времени исследованиях удалось установить связь с такими факторами, как травмы в детском и подростковом возрасте, психологические и поведенческие особенности, осложнения во взаимоотношениях с партнером или наличие какого-либо полового расстройства, однако подобные исследования не позволяют выявить причины, вызывающие половые расстройства. Кроме того, многие люди, прошлое которых перегружено потенциально разрушительными психосексуальными событиями, в сексуальном плане функционируют совершенно нормально, тогда как у других, в жизни которых ничего особенного не происходило, возникают половые расстройства.

Тем не менее можно назвать несколько психосоциальных факторов, которые, как полагают в настоящее время, участвуют в развитии половых расстройств. Поскольку многие из них неспецифичны, т.е. способны привести к ряду различных половых расстройств как у мужчин, так и у женщин, мы разбили их здесь на несколько групп.

Травмы, полученные в детском и подростковом возрасте

По мнению многих ученых, на возникновение половых расстройств оказывают влияние такие факторы, как непростые отношения между родителями и детьми, пережитый в детстве или отрочестве неприятный сексуальный опыт и конфликты, связанные с половой самоидентификацией, - как по отдельности, так и в различных сочетаниях (Masters, Johnson, 1970; Kaplan, 1974; Leiblum, Pervin, 1985). Если, например, ребенку внушают, что секс это нечто греховное и постыдное, то впоследствии это может помешать ему получать удовольствие от секса. У детей, которых строго наказывали за прикосновение к своим гениталиям и за невинные сексуальные игры с другими мальчиками и девочками, также может развиться страх перед любыми формами секса, и им трудно будет научиться относиться к половым отношениям как к чему-то интимному, приятному и желанному.

Первый опыт полового сношения, оказавшийся болезненным (физически или психологически) - еще один фактор, часто имеющий место у людей с половыми расстройствами. Такой опыт создает страх перед сексуальными отношениями, ведет к избеганию или порождает сильное чувство вины. Несколько иную ситуацию иллюстрирует рассказ одной из наших пациенток:

48-летняя женщина, неспособная достигать оргазма при половом сношении. Я выходила замуж в 21 год, будучи девственной, и идеализировала брачную ночь, представляя ее себе в романтическом свете. В день свадьбы и я, и мой муж очень устали, слишком много выпили и когда попытались впервые заняться любовью, то вместо блаженства и нежности я испытала боль и разочарование. Наверное из-за этого нам никак не удавалось уловить ту искру, которая озаряет секс любовью; мне половой акт всегда был неприятен и никогда не приносил радости. (Из картотеки авторов)

Коснемся вкратце еще одного фактора. В своей предыдущей книге (Masters, Johnson, 1970) мы отмечали, что многие половые расстройства, по-видимому, связаны со строгим религиозным воспитанием в детстве. Секс в семьях многих наших пациентов считался чем-то греховным и нечистым. После того как в 1970 г. эти сведения были опубликованы, мы собрали дополнительные данные по этому вопросу. Теперь мы можем сказать, что строгое регилиозное воспитание, по-видимому, ответственно за возникновение лишь некоторых половых расстройств: вагинизма и первичной аноргазмии у женщин и несостоятельности эякуляции и первичной импотенции у мужчин. Кроме того, в результате интервью со многими людьми, воспитывавшимися в таких же условиях, но не страдающих половыми расстройствами, мы приобрели еще большую уверенность в том, что вред наносят не религиозные убеждения, а атмосфера резко отрицательного отношения к сексу, в которой растет ребенок.

Личностные факторы

Чувства и переживания людей существенно влияют на их сексуальную сферу. Мы уже отмечали, что страх неудачи часто подавляет половые функции. Опасение беременности или венерической болезни, боязнь быть отвергнутым или потерять над собой контроль, страх боли и даже успех также могут блокировать пути к возникновению сексуальной реакции.

На сексуальную реактивность могут оказывать влияние и другие ощущения. Половые расстройства часто коррелируют с чувством вины, депрессией и недостатком самоуважения. Однако иногда бывает трудно установить, что является причиной, а что следствием. Вполне естественно, что у людей, у которых существуют проблемы с сексом, развивается депрессия или снижается самооценка. Поэтому наличие депрессии и плохого отношения к самому себе не всегда означает, что именно они вызвали половое расстройство.

Половое расстройство может обусловливаться также сексуальной неграмотностью и слепой верой в мифы. Часто женщина плохо представляет себе, где расположен клитор, или не знает, сколь велика его роль в ее сексуальной реакции. Примерами влияния культурных мифов на формирование отношения людей к сексу и их сексуального поведения служит убежденность в том, что с возрастом половые функции затухают или же что инициатором и лидером в сексуальной активности должен быть мужчина.

В ряде различных исследований предпринимались попытки выявить корреляцию между половыми расстройствами и определенными типами личности, однако никаких достаточно серьезных данных для установления такой зависимости найдено не было.

Межличностные факторы

Межличностные факторы играют огромную роль в большинстве половых расстройств. Самая обычная проблема - слабое общение между партнерами как в сексуальной, так и в несексуальной сфере. Если мужчина и женщина недостаточно близки и не полностью доверяют друг другу, но тем не менее состоят в сексуальной связи, их отношения чреваты половым расстройством. Как подчеркивается на протяжении всей этой книги, секс - одна из форм общения между людьми, и эффективное общение имеет чрезвычайно важное значение в половых взаимоотношениях. К другим межличностным факторам, часто оказывающим влияние на половые расстройства, относятся борьба за лидерство, враждебность к партнеру или супругу, предпочтение другому партнеру, недоверие или обман, физическая непривлекательность для данного партнера и полоролевые конфликты (часто переходящие в борьбу за лидерство). Довольно часто источником половых расстройств служит несоответствие в системах сексуальных ценностей партнеров или резкие различия во взглядах на то, как часты должны быть сексуальные контакты и в какой форме половая активность должна выражаться.

Следует указать, однако, что такие проблемы не всегда ведут к сексуальным осложнениям. Некоторые пары считают, что они получают больше удовольствия от секса, когда ссорятся. Другим, несмотря на ужасающие отношения между собой, секс доставляет фантастическое наслаждение. Как и во всем другом, следует остерегаться чрезмерного упрощения в этой области.

Дополнительные соображения

До выхода в свет подробных исследований Мастерса и Джонсон считалось, что половые расстройства всегда связаны с глубокими личными проблемами, возникшими еще в детстве (Kaplan, 1974; LoPiccolo, Heiman, 1978; Apfelbaum, 1980a). Сегодня большинство сексопатологов признает, что многие люди, страдающие половыми расстройствами, абсолютно нормальны, без всяких признаков эмоциональных нарушений и что их проблемы имеют простые объяснения. Гипотезы, предлагаемые психоаналитиками и бихевиористами, имеют серьезные различия.

Согласно традиционной точке зрения психоаналитиков, половое расстройство - это не само заболевание, а лишь симптом более глубокого психического нарушения. Психоаналитики рассматривают нарушения эрекции, несостоятельность эякуляции и преждевременную эякуляцию как результат страха кастрации и нереализованного эдипова комплекса, постоянно присутствующего на подсознательном уровне. Аналогичным образом они считают, что вагинизм и аноргазмия отражают неосознанную враждебность к мужчинам из-за желания женщин самим иметь половой член. В сущности психологический конфликт, чувство тревоги и половое расстройство вызываются пробуждением (в подсознании) под влиянием настоящих половых контактов детских страхов наказания за сексуальные игры.

От взглядов психоаналитиков резко отличаются представления сторонников теории научения, рассматривающих половые расстройства как условно-рефлекторные или заученные реакции. У мужчины может развиться нарушение эрекции, если его партнерша постоянно критикует его или если у него возникает чувство вины после каждого любовного свидания. Женщина может быть неспособна испытывать оргазм, если ее приучили относится к сексу как к чему-то "плохому" или постыдному, или внушили, что "хорошим" девочкам секс не должен доставлять удовольствия. Преждевременная эякуляция может быть результатом раннего сексуального опыта, когда была желательна быстрая эякуляция. Такой опыт мог быть создан ситуациями, связанными с риском быть обнаруженными кем-то посторонним, например при сексе в припаркованной машине; или при сексе с проституткой, которая всегда торопит события, с тем чтобы принять побольше клиентов. В тех случаях, когда вырабатывается достаточно устойчивый условный рефлекс, от него нелегко избавиться, несмотря на изменение обстоятельств.

Модель теории научения также указывает на то, что некоторые половые расстройства поддерживаются половым подкреплением, т.е. расстройство может возникнуть в результате усиления нежности или внимания со стороны партнера (ши) или если ему (ей) дать возможность победить в борьбе за лидерство. Кроме того, бихевиористы в общем считают, что для лечения половых расстройств точное установление первопричины имеет менее важное значение, чем выявление условий, поддерживающих данное нарушение, поскольку изменить необходимо именно эти последние.

Возможно в будущем, когда сексологические исследования станут более изощренными, к вопросу о причинах можно будет подходить с большей основательностью. Пока же наши представления об этом весьма поверхностны.

Расстройства полового влечения

С середины 1970-х гг. сексопатологи стали обращать все больше внимания на новую категорию сексуальных проблем, которые, строго говоря, нельзя относить к половым расстройствам. При этих состояниях, объединяемых под общим названием расстройств полового влечения, способность к физиологической сексуальной реакции обычно сохраняется, а проблема заключается в нежелании участвовать в половых

отношениях по причине либо отсутствия интереса к сексу, либо страха. Если преобладает отсутствие интереса, то расстройство называют подавлением полового влечения (ППВ); если же преобладает страх, то его называют сексуальной аверсией.

Для того, чтобы диагностировать расстройство полового влечения, необходимо помнить, что некоторые люди готовы заниматься сексом в любое время, между тем другие проявляют к нему слабый интерес. Однако о подавлении полового влечения можно говорить лишь в том случае, если отсутствие интереса к сексу оказывается источником огорчений, а не результатом свободного выбора. Шовер и др. (Schover et al., 1982) считают, что о ППВ свидетельствует низкий уровень половой активности в сочетании с "субъективным отсутствием интереса к ней; влечение в данном случае означает сексуальные сны и фантазии, повышенное внимание к эротическим сюжетам, осознанное стремление к сексуальной активности, внимание к потенциальным партнерам и чувство фрустрации, если секс недоступен".

При ППВ у больного понижен интерес к инициации сексуального поведения и он вообще не реагирует на сексуальные авансы со стороны партнера, хотя может время от времени неохотно "уступать" желаниям партнера, чтобы сохранить мир во взаимоотношениях. Обычно при ППВ сохраняется способность к половой жизни (в физиологическом плане), однако иногда это нарушение сопровождается одним или несколькими другими нарушениями. ППВ может быть первичным (т.е. проявлявшимся с самого начала) или вторичным, которое бывает либо постоянным, либо ситуационным. Частота этого нарушения точно неизвестна; в недавнем прошлом обращения в клиники се-ксотерапии в США в целом по поводу ППВ были довольно частыми, составляя 3 случая из каждых 10 (Lief, 1977; Schover, Lo Piccolo, 1982; Leiblum, Rosen, 1988).

Среди причин ППВ имеются как органические, так и психологические, в том числе гормональная недостаточность, алкоголизм, почечная недостаточность, употребление наркотиков и тяжелые хронические заболевания. У 10-20% мужчин с этим заболеванием отмечены опухоли гипофиза, при которых продуцируются избыточные количества пролактина; пролактин подавляет секрецию тестостерона, что в некоторых случаях приводит к импотенции и к ППВ (Schwartz, Bauman, 1981). В большинстве случаев ППВ, по-видимому, имеет психо-социальное происхождение: ему предшествуют депрессия, сексуальные травмы, недовольство собственной внешностью или недостаточное самоуважение, межличностная враждебность и борьба за лидерство между партнерами. В некоторых случаях ППВ, по-видимому, развивается на фоне уже имеющегося полового расстройства. Например, если у мужчины с нарушением эрекции развивается пониженный интерес к сексу, то это помогает ему избегать таких неприятных последствий сексуальной неудачи, как смущение, чувство страха, утрата самоуважения и фрустрация.

Как у мужчин, так и у женщин при ППВ половые функции могут оставаться в норме или же могут возникнуть затруднения с половой возбудимостью и оргазмом; во многих случаях они, по-видимому, неспособны заметить у себя первые признаки полового возбуждения и оценивают ситуацию как сексуальную лишь по ограниченному комплексу признаков (LoPiccolo, 1980). Например, такие люди не считают, что теплота и нежность могут быть показателями полового влечения, ожидая бурного прилива всепоглощающей страсти. Кроме того, многие люди, страдающие ППВ, считают свое изначальное влечение прекрасным предзнаменованием того, что они сумеют достойно справиться и с завершающей стадией, а поэтому, если они не "вспыхивают" при первом же прикосновении или поцелуе, то теряют всякую надежду на получение удовольствия.

ППВ создает затруднения не во всех браках или связях. Иногда партнеры находят приемлемый выход из положения: например, страдающий ППВ партнер, независимо от собственного настроения, соглашается заниматься сексом, если другому партнеру этого хочется; в других случаях партнер с ППВ разрешает своему партнеру с нормальным половым влечением заниматься сексом на стороне и даже поощряет это. Чаще всего, однако, если половое влечение понижено только у одного из партнеров, это создает сильное напряжение.

Сексуальной аверсией называют сильную фобию (иррациональный страх) половой активности или мысли о ней, что ведет к стремлению избегать интимности. Аверсия встречается как у мужчин, так и у женщин. Сильный страх или ужас при сексуальной аверсии иногда проявляется в таких физиологических симптомах, как обильное потоотделение, тошнота, понос или пароксизмальная тахикардия (Crenshaw, 1985). Однако во многих случаях проявления этой фобии бывают чисто психологическими: попросту говоря, человека приводит в ужас половой контакт.

Хотя это может показаться удивительным, люди с сексуальной аверсией способны вполне адекватно реагировать в сексуальном плане, если им удается преодолеть страх, овладевающий ими в первый момент. Некоторые пациенты с этим нарушением говорили нам, что самым трудным для них было раздеться и прикоснуться к партнеру, а не само участие в половом акте.

Между 1972 и 1985 гг. в Институт Мастерса и Джонсон обратились 164 больных с сексуальной аверсией. Главными причинами болезни были: 1) резко негативное отношение родителей к сексу; 2) сексуальная травма в прошлом (например, изнасилование, кровосмешение); 3) постоянное сексуальное давление со стороны партнера; 4) нарушения половой самоидентификации у мужчин. В типичном случае сексуальной

аверсии частота сексуальной активности снижается до 1-2 раза в год или даже еще реже. Совершенно очевидно, что это может стать серьезным источником напряженности во взаимоотношениях и что партнер больного нередко обижается и решает прекратить связь. К счастью в 90% случаев сексуальная аверсия излечима, даже если она возникла давно (Kolodny, Masters, Johnson, 1979). Шовер и ЛоПикколо (Schover, LoPiccolo, 1982) также сообщают об успешном лечении ППВ и сексуальной аверсии.

Лечение половых расстройств

До 1970 г. лечение половых расстройств и разного рода половые проблемы находились в ведении психиатрии (Levine, 1976). Лечение обычно бывало длительным, а результаты сомнительными. Традиционной моделью было индивидуальное лечение (каждым пациентом занимался один врач). Сегодня сексотерапией занимаются люди самых разных профессий: психологи, врачи (как психиатры, так и специалисты в других областях медицины), работники социальной службы, медицинские сестры, разного рода консультанты, теологи и многие другие. В сексотерапии существует много различных подходов и некоторые из них описаны ниже.

Метод Мастерса и Джонсон





На сеансах лечения в Институте Мастерса и Джонсон беседы на самые общие темы занимают значительно больше времени, чем обсуждение непосредственно сексуальных проблем. Иногда при обсуждении вопроса о позах партнеров при половом акте на помощь приходят деревянные куклы.

Мастерс и Джонсон начали проводить свою новаторскую программу лечения половых расстройств в 1959 г. Она значительно отличается от прежних методов лечения. Главное ее отличие в том, что Мастерс и Джонсон работают только с парами (а не с отдельными пациентами), будучи убеждены, что любая сексуальная проблема, возникшая между людьми, преданными друг другу, не может не касаться их обоих. При такой постановке вопроса центр тяжести переносится с индивидуума на взаимоотношения. Кроме того, это дает возможность определить более точно масштабы проблемы. Мастерс и Джонсон установили, что опрос обоих партнеров обычно оказывается более полезным, чем односторонние сведения, сообщаемые одним из них. И, наконец, такая стратегия дает возможность достигнуть сотрудничества и понимания со стороны обоих партнеров, что способствует устранению проблемы.

Логическим продолжением такого подхода представляется совместная работа двух терапевтов - мужчины и женщины. Такой тандем усиливает объективность процесса лечения и благодаря сочетанию мужской и

женской точек зрения делает его более сбалансированным; кроме того, при этом каждый из половых партнеров оказывается пациентом врача того же пола, что и он сам, что облегчает общение. Тандем терапевтов может также выступить в роли модели, например продемонстрировать пациентам искусство эффективной коммуникации.

Другой важный элемент метода Мастерса и Джонсон - интеграция физиологических и психологических данных для постановки диагноза и лечения. В прошлом многие психиатры никогда не обследовали своих пациентов, опасаясь, что это может вызвать нежелательные сексуальные ощущения и осложнить отношения с ними. Мастерс и Джонсон признали необходимость выявить соматические нарушения, которые могут потребовать терапевтического или хирургического вмешательства, а не сексотерапии. Они обнаружили также, что во многих случаях можно оказать на пациентов благотворное влияние, объяснив им анатомию и физиологию сексуальной реакции.

Наконец, для метода Мастерса и Джонсон характерна быстрота и интенсивность лечебного процесса. Общение с супружескими парами происходит ежедневно на протяжении 10-14 дней (в среднем лечение обычно продолжается 12 дней). Такая непрерывность благоприятствует некоторым аспектам сексотерапии, уменьшая беспокойство пациентов или помогая им избегать ошибок. Партнерам рекомендуется также по возможности освободиться на эти две недели от своей обычной работы, семейных и общественных обязанностей, с тем чтобы сосредоточить внимание и чувства на своих взаимоотношениях, не отвлекаясь ни на что другое.

При клинической проверке этой схемы стало ясно, что лечение гораздо более эффективно, если партнеры посещают клинику ежедневно, а не раз или два в неделю на 50 мин.

Охарактеризовав в общих чертах метод Мастерса и Джонсон, следует изложить ряд выработанных ими дополнительных концепций.

1. Лечение следует подбирать таким образом, чтобы оно соответствовало конкретным потребностям каждой данной пары. При этом необходимо ориентироваться прежде всего на ценности и устремления этой пары. Врачи не должны навязывать пациентам собственные взгляды.

2. Сексуальная активность рассматривается как одна из естественных функций, регулируемая в значительной мере рефлекторными реакциями. На половую функцию оказывают воздействие многие факторы, разрушающие эти естественные рефлексы, однако "обучение" желательным сексуальным реакциям обычно не входит в задачи сексотерапии. Мастерс и Джонсон уделяют главное внимание выявлению препятствий, блокирующих эффективное функционирование половой сферы, и оказанию помощи людям в устранении или преодолении этих препятствий. Иногда для восстановления нормальных функций недостаточно устранить препятствия, особенно если половая функция была нарушенной в течение всей жизни. Таким людям необходимо специальное лечение, облегчающее возникновение возбуждения или совершенствующее половую технику.

3. Нередко главная причина половых расстройств заключается в страхе перед неудачей и "самонаблюдении", поэтому лечение проводится на нескольких уровнях. Давление, создаваемое сознанием необходимости совершить половой акт, вначале устраняется в результате прямого запрета прямого полового контакта. Затем партнерам помогают вновь испытать чувственную радость, которую дают прикосновение и ощущение прикосновения, не имеющие целью вызвать сексуальную реакцию (упражнения в пределах "чувственного очага"). Сексопатологи помогают также партнерам изменить словесные оценки своих ожиданий, с тем чтобы не оценивать все, что они делают, как "успех" или "провал". Они дают также своим пациентам "разрешение" волноваться, что помогает последним более свободно говорить о том, что их беспокоит. Такое открытое обсуждение часто снижает интенсивность страхов.

4. Не следует пытаться выяснить, кто "повинен" в возникновении сексуальной проблемы, так как это только мешает делу. Вместо этого надо помочь партнерам установить, что помогает им почувствовать себя спокойно и приятно, а что вызывает напряженность и раздражение. Такой подход побуждает каждого из партнеров взять ответственность на себя, а не ждать, пока другой партнер начнет стараться создать "нужное" настроение, придать "нужный тон" или "нужный стиль" интимным отношениям.

5. Особенно важно помочь партнерам понять, что секс - всего лишь один из компонентов их отношений. Нередко, когда в жизни людей возникает какая-либо сексуальная проблема, это вызывает у них такое беспокойство, что они уделяют непропорционально много времени размышлениям и разговорам на эту тему. Секс, конечно, не должен целиком поглощать их мысли, но им не следует и пренебрегать. Один из трюизмов сексотерапии состоит в том, что улучшение взаимоотношений между партнерами вне спальни скорее всего приведет к их улучшению и за ее дверями.

Схема лечения по Мастерсу и Джонсон

Первый день лечения начинается со знакомства пациентов и их врачей, которые, представившись, объясняют, что будет происходить в течение нескольких последующих дней. После этой первой встречи партнеров разделяют, и врачи проводят с каждым из них (врач-мужчина - с мужчиной, а врач-женщина - с женщиной) беседу, выясняя во всех подробностях историю их жизни. После перерыва на обед, во время которого врачи обсуждают полученные ими сведения, начинается вторичный опрос партнеров, но на этот раз врач-мужчина разговаривает с партнершей, а врач-женщина - с партнером. В завершение этого перегруженного дня оба пациента проходят полное физикальное обследование. На следующее утро у них берут кровь для проведения общего анализа.

Второй день посвящен "круглому столу" с участием врачей и обоих пациентов. Врачи излагают свое мнение относительно половых и неполовых проблем, выявленных у обследуемой пары, и откровенно высказывают свое мнение о шансах на успешность лечения. Пациентов просят высказать свои замечания по поводу выводов врачей и исправить возможные фактические ошибки. Врачи стараются объяснить наиболее вероятные причины полового нарушения (и) или проблемы (м) и начинают описывать в общих чертах план лечения. Обычно при этом идет разговор о сексе как естественной функции организма, о том, как возникает страх неудачи, об эффекте самонаблюдения и о важной роли способности к коммуникации. В заключение круглого стола пациентам обычно советуют заняться упражнениями по фокусированию чувственных ощущений (они описаны в следующем разделе) в уединении собственного дома или номера в отеле.

Самый первый опрос продолжается обычно от получаса до двух часов, второй, т.е. после обмена мнениями между врачами, примерно 45 мин для каждого партнера. Круглый стол занимает обычно до полутора часов. Все эти сроки варьируют и частично зависят от разговорчивости пациентов. Последующие ежедневные встречи продолжаются в среднем по часу.

Начиная с третьего дня оба пациента встречаются с обоими врачами на четырехсторонних интервью, хотя иногда врачи беседуют с каждым из партнеров по отдельности, чтобы выяснить, нет ли у них каких-нибудь проблем, которые не хотелось бы обсуждать в присутствии другого партнера. Ежедневно каждого партнера просят рассказать о событиях предшествующих суток, уделяя особое внимание характеру общения во время упражнений по фокусированию ощущений.

Интересно отметить, что большая часть времени на этих лечебных сеансах обычно бывает посвящена темам, не имеющим непосредственного отношения к сексу (как справляться с гневом; самоуважение; борьба за лидерство), хотя врачи стараются, занимаясь другими проблемами своих пациентов, сообщать им сведения об анатомии и физиологии половых органов.

Фокусирование ощущений

В начале лечения каждой паре предлагают воздержаться от прямых половых сношений, связанных с контактом гениталий. Такой подход помогает устранить давление, возникающее из-за страха неудачи при половом акте, и создает условия для разрушения порочного круга "страх-самонаблюдение-неудача-страх", который во многих случаях глубоко укоренился. Обучение более эффективным способам половых взаимодействий основано на идее фокусирования ощущений.

На первой стадии обучения фокусированию ощущений паре предлагают провести два сеанса, во время которых каждый из них прикасается к телу другого, причем грудь и гениталии объявляются "запретными зонами". Цель прикосновений состоит не в том, чтобы вызвать сексуальное возбуждение, а в том, чтобы открыть для себя ощущения, вызываемые прикосновениями партнера. Партнеров предупреждают, что каждый из них должен действовать в соответствии с собственными желаниями, а не стараться угадать, что нравится или не нравится другому. Подчеркивается, что прикосновение не должно превращаться а массаж или в попытку вызвать половое возбуждение.

В начальный период упражнения по фокусированию чувственности должны проходить по возможности в молчании, так как слова могут отвлечь от физических ощущений. Однако тот из партнеров, к которому прикасаются, должен дать понять другому либо без слов (языком тела), либо словами, если то или иное прикосновение ему неприятно.

Хотя многие люди говорят: "О, мы уже раньше прикасались друг к другу множество раз: нельзя ли обойтись без этого и перейти на более высокий уровень?", эта первая стадия имеет важное значение во многих отношениях. Она позволяет врачу получить дополнительное представление о взаимодействиях между партнерами. Кроме того, эта стадия имеет чисто лечебное воздействие: об этом свидетельствует тот факт, что многие мужчины, которые на протяжении долгих лет при попытке совершить половой акт не могли достигнуть эрекции, вдруг обнаруживали у себя необычайно сильную эрекцию; возможно, это было связано с устранением давления, создаваемого ощущением необходимости совершить половой акт. Ведь им было сказано, что от них не ожидают возникновения полового возбуждения, а если даже оно и возникнет, то его не следует реализовывать. И, наконец, такие прикосновения - прекрасное средство для снижения чувства тревоги и обучения общению без слов.



Соединив руки, можно многое сказать друг другу без слов.

На следующей стадии упражнений по фокусированию ощущений область прикосновений расширяется и в нее включают грудь и гениталии. Положения, указанные на рисунке, рекомендуются, но они необязательны. Партнеру, совершающему прикосновения, объясняют, что начинать следует не с гениталий, а с каких-нибудь других участков тела. И снова главная цель должна заключаться в физическом ощущении прикосновений, а не в ожидании какой-то особенной сексуальной реакции.





Положения, рекомендуемые партнерам для упражнений по фокусированию ощущений. Вверху - положение, при котором прикосновения совершает мужчина, а внизу - когда этим занимается женщина. Партнерам настоятельно советуют выбирать удобные для них позы

На этой стадии партнерам обычно предлагают испробовать метод "рука на руку" как более непосредственный способ коммуникации без слов. Партнеры проделывают это упражнение по очереди. Положив руку на руку своего партнера в то время, когда другой рукой он прикасается к ее телу, женщина может дать ему почувствовать, хочется ли ей, чтобы он надавливал сильнее или слабее, гладил быстрее или медленнее или же перешел бы на другой участок тела. Затем все это повторяется с мужчиной, который в свою очередь сигнализирует о своих предпочтениях. Смысл всей этой процедуры состоит в интеграции молчаливых

посланий таким образом, чтобы партнер, к которому прикасается другой партнер, не превращался в "регулировщика уличного движения", а просто вносил некоторый дополнительный вклад в процесс прикосновений, производимый в первую очередь исходя из интересов "прикасающегося" партнера.

На следующей стадии обучения фокусированию ощущений мужчине и женщине предлагают прикасаться друг к другу не по очереди, а одновременно. Это имеет две цели: во-первых, создается естественная форма физического взаимодействия ("в жизни" люди обычно не прикасаются друг к другу по очереди); во-вторых, это удваивает потенциальные источники чувственного вклада. Эта стадия имеет очень важное значение для преодоления стремления к самонаблюдению, поскольку единственное, что может сделать наблюдатель, это переключить внимание на какую-то часть тела своего партнера (погрузиться в прикосновение) и совершенно отвлечься от наблюдения за собственной реакцией. Партнерам напоминают, что какого бы сильного возбуждения они не достигли, половой акт все еще остается под запретом.

При последующих упражнениях по фокусированию ощущений продолжаются те же действия, но в какой-то момент партнеры переходят в положение "женщина сверху" без попыток введения полового члена во влагалище. В этом положении женщина может играть с половым членом, потереть его о клитор, вульву или отверстие влагалища, независимо от того, находится ли он в эрегированном состоянии или нет. Если возникнет эрекция и если ей захочется, она может ввести кончик члена во влагалище, но при этом все ее мысли должны быть сосредоточены на физических ощущениях, с тем чтобы сразу прекратить свои действия или вернуться к простым прикосновениям или объятиям, не затрагивающим гениталии, если у нее или у ее партнера проявится стремление к половому акту или какое-то беспокойство. После того как партнеры начинают чувствовать себя достаточно уверенно на этом уровне, настоящее половое сношение обычно не вызывает трудностей.

Все подобные приемы могут показаться очень простыми, однако важно понять, что все это лишь составные элементы тщательно разработанной программы психотерапии, а не просто набор каких-то трюков или фокусов. Самое главное их достоинство состоит в быстром и эффективном действии даже в тяжелых и запущенных случаях.

Некоторые особые лечебные стратегии

Описанная выше в общих чертах схема лечения, применяемая Мастерсом и Джонсон, дополняется некоторыми другими методами, используемыми при лечении различных половых расстройств.

При **нарушениях эрекции** важно помочь человеку понять, что он не может вызывать эрекцию по собственному желанию, точно так же как не может произвольно понизить свое артериальное давление или повысить частоту сердечных сокращений. Он может создать благоприятные условия для того, чтобы взяли верх его собственные естественные рефлексы, если не будет пытаться достигнуть эрекции и постарается преодолеть страх перед неудачей. Неудивительно, что у мужчины с нарушениями эрекции часто возникают сильные эрекции на первых же занятиях по фокусированию чувственных ощущений. Это может ободрить его, но, кроме того, важно, чтобы мужчина (и его партнерша) поняли, что утрата эрекции не есть признак неудачи; это просто показывает, что эрекции возникают и исчезают естественным образом. Поэтому следует объяснить женщине, что при возникновении эрекции она должна прекратить поглаживание полового члена и другие ласки, с тем чтобы у мужчины была возможность убедиться, что эрекция вернется при возобновлении прикосновений. С этим связана и другая проблема: многие мужчины с расстройствами эрекции стремятся совершить половой акт как только у них возникает эрекция, так как опасаются, что она быстро пройдет. Эта "спешка" создает еще одно отрицательное давление и обычно приводит к быстрой потере эрекции.

Когда делается попытка совершить половой акт (только после того, как мужчина приобрел достаточную уверенность в своей способности к эрекции и оказался в состоянии ослабить самонаблюдение), женщине предлагают ввести себе половой член. Это избавляет мужчину от необходимости решать, когда его следует ввести; кроме того, он не "отвлекается" на поиски входа во влагалище.

При лечении **преждевременной эякуляции** наш метод общения с обоими партнерами особенно важен, поскольку это расстройство может оказаться на самом деле более неприятным для женщины, чем для мужчины. В этих случаях, помимо обсуждения физиологии эякуляции, врачи вводят специальный метод, называемый "методом сжатия", который помогает восстановить эякуляционный рефлекс. Когда начинаются прикосновения к гениталиям, женщина периодически сжимает половой член. При этом, как показано на рис. 21.2, женщина кладет большой палец на уздечку полового члена, а указательный и средний пальцы - на венечную борозду и под нее, на противоположный стороне члена. В течение примерно 4 с она сильно сжимает член, а затем резко отпускает его. Сжатие всегда следует производить спереди назад, а не от одной стороны к другой. Женщина должна делать это подушечками пальцев, чтобы не ущипнуть или не поцарапать половой член ногтями. По непонятным причинам метод сжатия снижает настоятельность эякуляции (кроме того, это воздействие может привести к временному частичному ослаблению эрекции). Его не следует использовать, однако, в момент, когда эякуляция становится неизбежной, а надо начинать на ранних стадиях игры с гениталиями и продолжать с перерывами в несколько минут. Сжатие можно производить независимо

от того, находится ли половой член в эрегированном или вялом состоянии, но сила давления должна соответствовать уровню эрекции.



Рис. 21.2

Сжатие головки полового члена, используемое для лечения преждевременной эякуляции

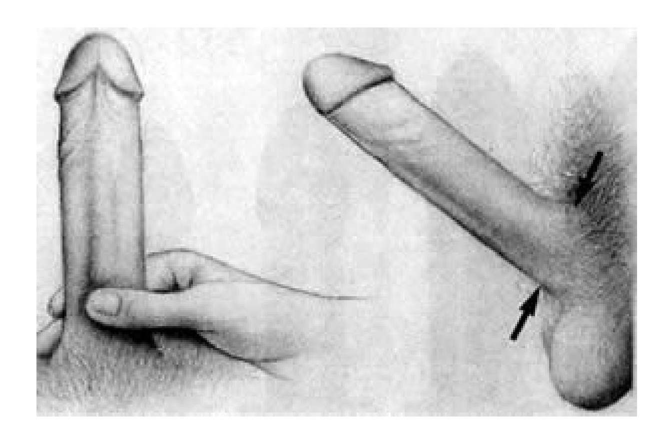


Рис. 21.3

Сжатие основания полового члена, используемое для лечения преждевременной эякуляции

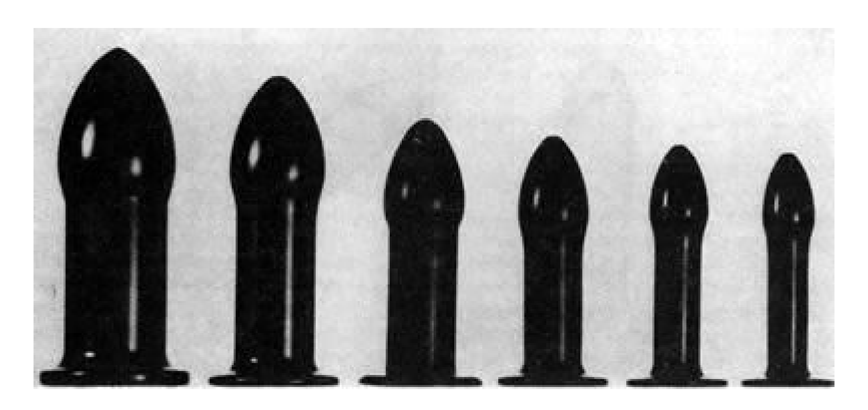
Этот метод может применять мужчина, когда половой член находится во влагалище. Сильное сдавливание в направлении, указанном стрелками, производится в течение примерно 4 с.

В начале полового акта женщину просят 3-6 раз применить метод сжатия, прежде чем попытаться ввести половой член. После того как половой член полностью находится во влагалище, она должна просто бездействовать в течение 15-30 с, причем ни один из партнеров не должен в это время производить фрикции; затем женщина дожна удалить половой член из влагалища, вновь произвести сжатие и снова ввести его; после этого пара может начать производить медленные фрикции. Когда мужчина научится лучше контролировать эякуляцию, обоих партнеров обучают другому варианту метода сжатия (рис. 21.3), при котором половой член сжимают у основания, так что не приходится прерывать половой акт для повторных сжатий.

Сжатие полового члена у основания следует применять только во время полового акта. Начинать его должен мужчина, так как после полного введения полового члена ему по чисто анатомическим причинам легче добраться до основания члена и ему же, несомненно, гораздо легче судить об уровне своего полового возбуждения, чем женщине. На первые шесть месяцев после начала применения метода сжатия мужчине рекомендуют отказаться от всяких рискованных экспериментов, т.е. попыток выяснить, насколько он может приблизиться к состоянию неизбежности эякуляции до начала сжатия. Метод сжатия гораздо более эффективен, если начать применять его до того, как цикл половой реакции достигнет стадии плато.

Лечение **несостоятельности эякуляции** основано на глубоком анализе лежащих в ее основе психологических факторов в сочетании с упражнениями по фокусированию ощущений. Оно состоит из нескольких последовательных этапов: 1) эякуляция, вызываемая мастурбацией в одиночестве; 2) эякуляция, вызываемая мастурбацией в присутствии партнерши; 3) эякуляция, вызываемая мануальной стимуляцией со стороны партнерши; 4) энергичная стимуляция полового члена партнершей, проводимая до состояния неизбежности эякуляции, а затем быстрое введение члена во влагалище. В большинстве случаев после того, как мужчина эякулировал во влагалище один или два раза, подавление этого акта или связанный с ним страх совершенно исчезают. В некоторых случаях, если эти процедуры не дали результатов, может помочь эякуляция (вызванная мануальной стимуляцией) на вульву женщины. После того как мужчина привыкнет к виду своей спермы на вульве партнерши, он гораздо легче может совершить интровагинальную эякуляцию.

Вагинизм лечат, объясняя партнерам природу непроизвольного сокращения мышц влагалища и демонстрируя рефлекс в процессе осмотра гениталий женщины в присутствии ее партнера, причем осмотр подготовлен таким образом, что женщина сама может наблюдать за происходящим с помощью зеркала. Затем врач обучает женщину некоторым приемам, позволяющим расслабить мышцы, окружающие влагалище. Самый эффективный способ состоит, по-видимому, в том, чтобы намеренно напрячь эти мышцы, а затем просто расслабить их. После этого женщине дают набор расширителей разного размера. Самый маленький из них - чуть тоньше пальца - врач осторожно вводит во влагалище, нередко к изумлению женщины, которой никогда не удавалось ввести в свое влагалище хоть что-нибудь. Далее ей показывают, как самой вводить расширитель, обильно смазывая его стерильным желеобразным кремом, и просят проделывать это дома по нескольку раз в день, всякий раз оставляя расширитель во влагалище на 10-15 мин. Большинство женщин, страдающих вагинизмом, спустя 5-6 дней способны использовать самый толстый расширитель из набора, соответствующий по размерам половому члену в состоянии эрекции. Если проблемы взаимоотношений удалось разрешить (часто это ключевой момент терапии), то после этого переход к успешному половому акту не составляет труда. В это время особенно важно, чтобы половой член вводила себе сама женщина; это даст ей почувствовать, что именно она владеет ситуацией.



Пластмассовые расширители, применяемые для лечения вагинизма. С их помощью женщина учится преодолевать рефлекторную реакцию мышц, окружающих влагалище. Начинают с маленьких расширителей, постепенно переходя к большим.

Стратегии, используемые в лечении **аноргазмии**, сильно зависят от характера этого расстройства. К женщине, никогда прежде не испытывавшей оргазма, нужен совсем иной подход, чем к той, которая легко достигает оргазма при мастурбации, мануальной стимуляции или орально-генитальном сексе. Стратегии варьируют также в зависимости от причины (или причин) аноргазмии. Например, если женщина считает свое тело непривлекательным, можно найти разные способы заставить ее относиться к себе более положительно. Женщину, которой мешают достигнуть сильного возбуждения какие-либо тревожные фантазии, можно научить методам блокирования таких мыслей, тогда как другой, неспособной перейти за стадию плато, - посоветовать прибегнуть к фантазиям, которые могут подтолкнуть ее к оргазму.

При лечении аноргазмии женщине обычно рекомендуют: 1) изучать собственное тело, особенно гениталии, и производить легкую ненастойчивую стимуляцию; 2) стараться подавлять страх перед неудачей и стремление к самонаблюдению, уделяя особое внимание снижению психологического давления со стороны своего партнера; 3) развивать сексуальную коммуникацию, с тем чтобы научиться сигнализировать партнеру какого рода прикосновения или стимуляция предпочтительны в данный момент; 4) ослаблять тормозящие факторы, ограничивающие способность женщины к возбуждению или блокирующие оргазм. Женщинам, которым помог этот последний метод, часто дают "разрешение" испытывать сексуальные ощущения, и они научаются преодолевать опасения, что при оргазме может произойти потеря сознания или непроизвольное мочеиспускание. В большинстве случаев эти приемы сильно облегчают женщине достижение оргазма при мастурбации или стимуляции со стороны партнера. Для перехода к оргазму при половом акте необходим связующий этап, состоящий в мануальной стимуляции клитора во время активных фрикций.

Эти методы используются уже в течение более 30 лет для лечения половых расстройств, причем успех достигается примерно в 4 из 5 случаев. Между 1959 и 1973 гг. каждую пару после проведенного лечения наблюдали в течение 5 лет, чтобы оценить устойчивость достигнутых результатов. В последнее время период наблюдения сокращен до 2 лет. Примерно одна пара из 20 возвращается в какой-то момент в Институт Мастерса и Джонсон для дополнительной терапии после первого двухнедельного курса лечения. Результаты, полученные в Институте при лечении различных половых расстройств, приведены в табл. 21.1.

Таблица 21.1

Результаты сексотерапии по методике Мастерса и Джонсон

Расстройство	Число пациентов [1]	Неудачи	Успехи[2]	Доля успехов, %
Первичная импотенция	65	21	44	67,79
Вторичная импотенция	674	134	540	80,1
Преждевременная эякуляция	543	35	508	93,6
Несостоятельность эякуляции	113	27	86	76,1
Всего мужчин	1395	217	1178	84,4
Аноргазмия	811	207	604	74,5
Вагинизм	130	2	128	98,5
Всего женщин	941	209	752	77,8
Общее число пациентов	2336	426	1910	81,8

[1] - Пациенты, лечившиеся между 1959 и 1985 гг.

[2] - Лечение считалось успешным лишь в том случае, если улучшение половой функции было однозначным и сохранялось в течение длительного времени. Для всех пациентов, обращавшихся в Институт до 1973 г., период последующего наблюдения продолжался 5 лет. С 1973 г. этот период сократился до 2 лет. Если двухнедельный курс лечения продвигался успешно, но затем половое расстройство возникло вновь, то такой случай относили в разряд неудач.

Другие подходы к сексотерапии

Важный вклад в сексотерапию внесен рядом других специалистов, использующих методы, отличные от программ Мастерса и Джонсон. Например, большинство врачей встречаются со своими пациентами не ежедневно, в раз в неделю (Schmidt, Lucas, 1976; Caird, Wineze, 1977; Schiller, 1981). Многие из них полагают, что в одиночку они могут работать так же эффективно, как в паре с другим врачом (H. Kaplan, 1974, 1979; Annon, 1976; Ellis, 1980; Schiller, 1981; Azentewicz, Schmidt, 1983; Lo Piccolo et al., 1985), что уменьшает расходы на сексотерапию. Другие успешно применяют групповую терапию или индивидуальную терапию (Kaplan, 1974; Barbach, 1980; Zilbergeld, 1980; Cotten-Huston Wheeler, 1983). В ряде работ сообщается о применении гипноза при лечении половых расстройств (Alexander, 1974; Fuchsetal., 1975; Fabbri, 1976; Brown, Chaves, 1980). Ниже мы рассмотрим некоторые методы, наиболее часто используемые другими врачами.

Элен Каплан: новая сексотерапия

Психиатр Э.Каплан (Kaplan, 1974, 1979, 1989) много писала о лечении половых расстройств с использованием ряда приемов Мастерса и Джонсон в сочетании с методами психоанализа. По ее мнению, сексуальную реакцию человека следует рассматривать как состоящую из трех отдельных, но переплетающихся стадий: влечения, возбуждения и оргазма. Каплан полагает, что труднее всего поддаются лечению расстройства стадии влечения, потому что они обычно бывают связаны с глубокими психологическими проблемами (Kaplan, 1979). Она утверждает также, что стандартные методы сексотерапии, по-видимому, эффективны главным образом в тех случаях, когда сексуальные проблемы возникают на почве слабо выраженных и легко устраняемых конфликтов (Kaplan, 1979). В более сложных случаях она использует длительную сексотерапию, направленную на выявление глубинных причин болезни и неосознанных конфликтов. Одна из ее теорий состоит в том, что половое расстройство обычно имеет много причин; некоторые из них лежат на поверхности и легко устранимы, тогда как другие гораздо глубже и выявить их значительно труднее.

Методы лечения, применяемые Каплан, в ряде аспектов значительно отличаются от методов Мастерса и Джонсон. Например, при лечении преждевременной эякуляции она использует метод "стоп-старт", а не сжатие. Этот метод, введенный Джемсом Сименсом в 1956 г., состоит в том, что партнерша производит мануальную стимуляцию полового члена до тех пор, пока ее партнер не почувствует быстрое приближение эякуляции. Тогда она сразу прекращает стимуляцию, пока ощущение неотвратимости эякуляции не исчезнет. Затем стимуляция возобновляется, и такой цикл "стоп-старт" повторяется несколько раз, прежде чем мужчине дается возможность эякулировать (Kaplan, 1974, 1989).

Коррекция поведения

Современные методы лечения сексуальных проблем, основанные на изучении поведения, были заложены Джозефом Уолпом (Wolpe, 1958) и в настоящее время получили широкое признание (Baneroft, 1977; LoPiccolo, 1977; Leiblum, Pervin, 1980; Leiblum, Rosen, 1989). Хотя многие методы, используемые Мастерсом и Джонсон, очень сходны с этими, так называемыми бихевиористскими методами, между двумя подходами имеются некоторые теоретические и практические различия.

Приступая к лечению бихевиористскими методами, следует прежде всего внимательно изучить поведение, связанное с возникновением отклонений (например, конкретное половое расстройство) и использовать положительные и отрицательные подкрепления, наиболее подходящие для данного случая. Можно начать с постепенного приобщения к воображаемым сценам сексуальной активности и лишь после этого переходить к реальным сексуальным ситуациям с упражнениями по фокусированию ощущений. Оба эти метода позволяют добиться десенсибилизации путем контролируемого воздействия ограниченными дозами тревоги, помогающего устранить тревогу. В этих целях применяют также обучение методам релаксации (обучение особому дыханию и мышечным упражнениям, снижающим напряженность) и методам повышения уверенности в себе (обучение умению рассказать о своих ощущениях и о своих потребностях). Управляемая мастурбация (LoPiccolo, Lobitz, 1972), используемая при лечении аноргазмии и разделенная на 9 этапов, помогает женщине научиться мастурбировать, достигая оргазма, а затем вводит в ее оргазмическую реакцию партнера, вначале осуществляющего мануальную стимуляцию, и лишь затем переходящего непосредственно к половому акту.

Интересный и логичный подход к сексуальным проблемам предложил психолог-бихевиорист Джек Эннон (Annon, 1976). Он использует метод, состоящий из четырех этапов - от самых простых до более сложных - и названный РОИКСИТ по четырем стадиям: Р - разрешение, ОИ - ограниченная информация, КС - конкретные советы и ИТ - интенсивная терапия. В основе этого метода лежит убеждение, что в простых случаях для устранения половых расстройств бывает достаточно сочувствия и некоторых разъяснений. В несколько более серьезных случаях могут потребоваться конкретные действия, например обучение методу сжатия или упражнениям по фокусированию ощущений, без упоминания о важных психосоциальных моментах. Наконец, в наиболее серьезных случаях, связанных с конфликтными взаимоотношениями, психологическими проблемами и другими сложными ситуациями, применяется интенсивная терапия.

Дополнительные психотерапевтические методы

В настоящее время существует так много различных подходов к сексотерапии, что описать их все практически невозможно. Мы коротко упомянем лишь о нескольких из наиболее интересных. Лонни Барбеч (Lonnie Barbach 1975, 1980) первой стала применять групповую терапию при аноргазмии. Несмотря на относительно невысокую стоимость такого лечения, групповая терапия оказалась весьма эффективной. Полезный подход к сексуальным проблемам, названный рационально-эмоциональной терапией (РЭТ), разработал Альберт Эллис. Объединяя бихевиористские методы с единственными в своем роде стратегиями для лечения эмоционального дискомфорта (такими, как упражнения, помогающие преодолеть стыд, или упражнения, связанные с риском), принцип РЭТ можно использовать при индивидуальной, партнерской или групповой терапии (Ellis, Grieger, 1977).

Некоторые сексопатологи применяют метод, при котором они сами участвуют в половой активности своего пациента (Apfelbaum, 1980a). Этот метод вызывает большие разногласия; в частности, против него выдвигается много возражений этического характера (Marmor, 1980a).

Другой подход, также достаточно сомнительный, но применяемый более широко, состоит в использовании "суррогатной партнерши". Это обычно специально обученная женщина, которая за плату участвует в терапии и сексуальной активности одинокого мужчины, чтобы повысить его шансы на успех; бывают также "суррогатные партнеры", работающие с пациентками. Эти люди проводят свою сексотерапию самостоятельно, а не в присутствии врача, но периодически сообщают ему об успехах пациента и строго выполняют его инструкции (Masters, Johnson, 1970). Хотя некоторые люди критикуют эту практику, расценивая ее как слабо завуалированную форму проституции, другие считают ее важным способом помочь людям, которые не могут найти себе партнера для прохождения курса сексотерапии.

Биомедицинские методы

За последние десять лет достигнуты значительные успехи в лечении половых расстройств органического происхождения у мужчин с помощью иных, не психотерапевтических, методов. Самым ярким примером служит имплантация в половой член приспособления, делающего возможным половое сношение в тех случаях, когда мужчина вследствие болезни или травмы физически неспособен достигнуть эрекции.

Еще один подход, изучаемый в настоящее время во многих центрах, состоит в инъекции в тело полового члена папаверингидрохлорида. Этот лекарственный препарат вызывает наполнение полового члена кровью, удерживающегося в течение нескольких часов и делающего возможным половой акт. Мужчин можно обучить введению себе этого препарата самостоятельно, и пока что сообщения об успешном применении этого метода внушают оптимизм (Zorgniotti et al., 1985; Sidi et al., 1986). Это лечение, однако, сопровождается одним нежелательным эффектом: у 5-10% использующих его мужчин возникает приступ приапизма (длительная болезненная эрекция), требующий немедленного медицинского вмешательства.

Подавление полового влечения у мужчин, вызванное чрезмерным содержанием в крови пролактина, часто успешно вылечивается бромокриптином. Кроме того, мужчинам с нарушениями эрекции и/или пониженным половым влечением, связанным с недостаточностью тестостерона, обычно помогают инъекции тестостерона в течение 1-2 мес.

К сожалению, применение биомедицинских методов для лечения половых расстройств у женщин не увенчалось такими же успехами.

Эффективность сексотерапии

Оценить эффективность методов сексотерапии трудно, поскольку направление это еще слишком молодое, а предлагаемые подходы достаточно разнообразны. Большая часть проводившихся до сих пор исследований не сопровождалась контролями, а многие публикации основаны на небольшом числе случаев. Мешает этому также: 1) отсутствие единой классификации половых расстройств; 2) различия в выборе пациентов для проведения исследований; 3) различия в критериях при оценке лечения как успешного или неудачного; 4) отсутствие адекватных длительных наблюдений (периодическая проверка результатов после окончания лечения). Кроме того, в ряде подробных обзоров выдвигаются и другие методологические проблемы (Schumacher, 1977; Hogan, 1978; Kilmann, 1978; Kilmann, Auerbach, 1979).

Психологи Берни Зильбергельд и Майкл Эванс (Zilbergeld, Evans, 1980) подвергли критике данные Мастерса и Джонсон об эффективности сексотерапии с методологических позиций. В частности они считают сомнительными критерии, по которым Мастере и Джонсон оценивают результаты лечения, считая, что эти результаты отражают излишнюю снисходительность при классификации случаев. Данные авторы высказывают предположение, что успехи Мастерса и Джонсон были обусловлены отбором наилучших кандидатов для лечения (и отказа от довольно большого числа случаев, казавшихся "трудными"). На самом деле, однако, лишь одна из 50 пар, обращающихся в Институт Мастерса и Джонсон, не получает помощи, а критерии, используемые для оценки результатов сексотерапии, относительно жесткие (Kolodny, 198 la; Masters et al., 1983). Кроме того, наши критики, по-видимому, упускают из виду, что результаты, полученные Мастерсом и Джонсон, сходны с данными авторов, работающих по другим программам сексотерапии (Rachman, Wilson, 1980; Schover, LoPiccolo, 1982; Apfelbaum, 1983; Arentewicz, Schmidt, 1983).

Многие противники сексотерапии считают, что это дегуманизирующий механический процесс. Психиатр Натали Шейнес (Shaines, 1973) заявляет, например, что сексотерапия "принижает" секс и что Мастерс и Джонсон "пытаются отделить половой акт от душевного настроя, чувств и эмоций, порождаемых влечением и любовью". По ее мнению, сексотерапия - это своего рода "натаскивание, низводящее одного из партнеров до роли оператора, нажимающего на кнопки" (Cadden, 1978). Другой психиатр (Szasz, 1980) считает, что сексопатологи "подменяют проблемы морали и нравственности чисто медицинскими проблемами".

Судить об успехе или неуспехе лечения - дело чрезвычайно трудное. В некоторых случаях результаты, оцениваемые врачами как "неудачи", сами пациенты могут считать очень благотворными. Другие пациенты, половые функции которых достаточно изменились, чтобы, по мнению их врачей, можно было говорить об "успехе" лечения, продолжают чувствовать себя несчастными. Бывает и так, что взгляды партнеров на результаты лечения расходятся. Во всех этих ситуациях невозможно говорить о правильности или ошибочности той или другой точки зрения.

Несмотря на то, что сексотерапия не приносит немедленного волшебства исцеления, многим людям она может оказать значительную помощь. Кроме того, улучшения, которых удалось добиться в ходе лечения, обычно сохраняются в течение длительного времени (Leiblum, Pervin, 1980). Таким образом, хотя

сексотерапию нельзя считать панацеей от всех бед, она позволяет улучшить жизнь тысячам людей, страдающих половыми расстройствами.

Как выбрать специалиста по сексотерапии

К сожалению, в настоящее время сексотерапия представляет собой профессию, над которой нет никакого контроля. Люди называют себя специалистами, даже если все их "образование" сводится к присутствию на нескольких семинарах или прочтению какой-нибудь книжки. Судя по письмам, приходящим в Институт Мастерса и Джонсон, и по тем ситуациям, с которыми мы сталкиваемся, общаясь со своими пациентами, существует множество мошенников, выдающих себя за специалистов в области сексотерапии и преднамеренно обманывающих людей; есть и сотни вполне порядочных людей, желающих заниматься сексотерапией, но не имеющих соответствующей подготовки. И что совсем плохо, неправильное лечение может создавать эмоциональные проблемы, углубляющие половое расстройство, а отсутствие улучшения приведет к тому, что человек потеряет надежду на успех и перестанет искать помощь.

Следующие советы помогут свести до минимума возможность оказаться жертвой невежественных людей.

1. Обращайтесь прежде всего в медицинские центры при университетах, медицинских школах или больницах. Квалифицированных врачей могут также порекомендовать местное медицинское общество, ассоциация психологов или ваш домашний врач. Две профессиональные организации: Общество сексотерапии и сексологических исследований (SSTAR, Нью-Йорк) и Американская ассоциация педагогов, консультантов и врачей-сексопатологов (AASECT, Вашингтон), публикуют справочники, содержащие сведения по всем штатам. AASECT проводит программу по аттестации специалистов, занимающихся сексотерапией. SSTAR предъявляет к своим членам более жесткие требования, считая их равноценными сертификации.

2. Спросите у врача, где он учился и где стажировался. Если он (или она) отказываются говорить на эти темы, не прибегайте к их услугам. Убедитесь, что, помимо подлинного диплома одного из хороших университетов, они проходили стажировку по сексотерапии под непосредственным наблюдением специалистов. Посещение семинара раз в неделю - совсем не то, что настоящая стажировка.

3. Избегайте терапевтов, дающих нереальные обещания или гарантии излечения, или предлагающих в качестве метода лечения - половые контакты с ними.

4. Убедитесь, что врач готов четко и ясно обсудить с вами стоимость лечения, его программу и планы. (Во многих сексологических клиниках существует гибкая шкала гонораров, зависящая от материального положения клиента.)

Профилактика половых расстройств

Профилактику половых расстройств, вероятно, должны начинать родители, рассказывая своим детям на уровне, доступном их пониманию, о половых различиях и функциях, и обсуждая с ними вопросы пола открыто и откровенно. Сильно негативное отношение в семье к сексу может создать почву для развития у ребенка в дальнейшем половых проблем. С самого начала половой жизни рекомендуется придерживаться следующих правил.

1. Относитесь к сексу как к возможности еще больше сблизиться с партнером, а не как к работе, которую надо выполнять. Если относиться к сексу как к некой цели, которой надо достигнуть во что бы то ни стало, это легко может привести к самонаблюдению. Запомните, что не существует какого-то "канонического" способа совершения полового акта; все зависит от ваших личных желаний и предпочтений.

2. Старайтесь добиться откровенного и искреннего общения с партнером. Угадать, чего хочется вашему партнеру, столь же проблематично, как заставить его догадаться, чего хотите вы. Эффективное общение означает возможность сказать не только "да", но и "нет"; если вы никогда не говорите "нет", ваш партнер не может быть уверен в искренности вашего "да".

3. Не верьте всему, что вы читаете или слышите о сексе. Многие книги или статьи о том, как человек "должен" реагировать, или упрощают этот вопрос, или создают неверные представления. Очень легко внушить себе, что у вас имеются проблемы, слушая, что говорят о сексе "другие люди".

4. Если у вас возникают какие-либо затруднения, обсудите их со своим партнером, а не делайте вид, что все в порядке. Очень часто проблему можно устранить, используя один из методов, связанных с фокусированием ощущений, или почитав соответствующую литературу. Однако, если устранить проблему не удается

достаточно быстро, обратитесь к профессионалам. Обычно гораздо легче справиться со сложностями, возникшими недавно, чем с теми, которые существуют в течение длительного времени.

Притворство в сексе

28-летняя замужняя женщина объявила мужу, что на протяжении всех шести лет их брака она "притворялась", будто испытывает оргазм. Это сообщение привело мужа в такую ярость, что он сбросил жену с кровати. Позднее, при консультации со специалистом он признался, что его гнев был направлен на самого себя: он не мог смириться с мыслью, что не разгадал ее притворства.

24-летний мужчина, озабоченный проблемами с эрекцией, оказался наедине с девушкой, с которой только начал встречаться. "Послушай, сказал он ей, я сегодня себя неважно чувствую, так что не ожидай от меня слишком многого". (Из картотеки авторов)

Никому неизвестно, сколько мужчин и женщин обманывают своих партнеров (или партнерш), разыгрывая сексуальные реакции или собственную удовлетворенность. Когда один из партнеров нежно спрашивает другого: "Ну, как тебе было?" обычно следует ответ: "Потрясающе!" Такой ответ может быть очень далек от правды и часто диктуется чисто практическими соображениями. Безусловно, в некоторых случаях притворство может быть наилучшим выходом, позволяя человеку пощадить чувства партнера; однако, став обычным, оно может породить множество проблем. Это можно проиллюстрировать на примере, вероятно, наиболее обычной формы сексуального притворства -женщины, притворяющейся, что она испытывает оргазм.

Женщина, подделывающая оргазм, скорее подрывает общение с партнером, а не оказывает ему поддержку. Хотя на какое-то время она, вероятно, сумеет ублажить его, дав ему почувствовать себя величайшим любовником, но при этом ее партнер решит, что он делает все, "как надо". В результате он, вероятно, будет продолжать действовать таким же образом, не видя причин изменять свое поведение и не подозревая, что ей нужно что-то другое.

Несмотря на то, что мужчинам необходимо прилагать массу усилий для поддержания эрекций и что мужской оргазм обычно сопровождается несомненными внешними проявлениями, притворство с их стороны тоже возможно. Обычно для того чтобы оправдать свою неспособность к эрекции, мужчины ссылаются на усталость или нездоровье. В других случаях мужчина пытается скрыть собственные затруднения, убеждая свою партнершу, что он только хочет доставить ей удовольствие, что он удовлетворен, если удовлетворена она, хотя такие оправдания проходят только в тех случаях, когда они сопровождаются различными другими видами половой активности, заменяющими половой акт. При несостоятельности эякуляции некоторым мужчинам удавалось на протяжении многих лет "подделывать" эякуляцию во влагалище так, что их партнерши этого не замечали. В чем бы не состоял обман, в каждом конкретном случае результат очень сходен с тем, к которому приводит притворство со стороны женщины. Подрывая эффективное общение с партнершей, мужчина отсекает возможность заслужить ее понимание и тем самым уменьшает свои шансы на изменение ситуации.

Сексуальное притворство не дает длительных преимуществ. Оно может на какое-то время спасти положение для одного из партнеров, однако обычно это происходит за счет другого партнера. Скорее всего притворство возведет стену между партнерами, и если стена станет слишком высокой, она может разрушить их отношения.

Выводы

1. Половыми расстройствами называют нарушения физических реакций, связанных с половыми функциями. К главным половым расстройствам у мужчин относятся нарушения эрекции, преждевременная эякуляция, несостоятельность эякуляции и задержка эякуляции, а у женщин - аноргазмия, вагинизм и болезненность полового акта.

2. От 10 до 20% случаев половых расстройств имеют органическую природу (диабет, алкоголизм, наркомания, инфекционные и неврологические заболевания). Психосоциальные причины можно разделить на связанные с развитием (например, негативное отношение к сексу в семье, сексуальные травмы в детстве и юности), личные (например, чувство тревоги, депрессия, чувство вины) и лежащие в межличностной сфере (например, недостаточно близкое общение с партнером, враждебность).

3. Подавленное половое влечение и половая аверсия служат примерами половых проблем, которые необязательно приводят к половым расстройствами, но могут создать серьезные эмоциональные нарушения.

4. Сексотерапия - новое медицинское направление, основателями которого являются Мастерс и Джонсон. Их метод основан на том, что с каждой парой партнеров ежедневно, в течение двух недель, работают два врача - мужчина и женщина, уделяя главное внимание сведению воедино физиологической и психологической информации; при этом половая активность рассматривается как одна из нормальных физиологических функций организма. Упражнения по фокусированию ощущений используются для снижения тревоги и создания непринужденности; метод сжатия - при преждевременной эякуляции; использование расширителей влагалища практикуют при вагинизме. Применяя любой метод, врач только следит за динамикой взаимоотношений между партнерами.

5. Среди других методов следует назвать подход Эллен Каплан (сочетание сексотерапии с психоанализом), бихевиористские методы, рационально-эмоциональную терапию и групповую терапию.

6. Хотя сексотерапия помогает не во всех случаях, большинство исследований подверждают ее эффективность. Однако многие врачи, практикующие в этой области, не обладают достаточной подготовкой; поэтому к выбору консультанта следует подходить серьезно.

Вопросы для размышления

1. Ученые пришли к выводу, что примерно 10% женщин никогда не испытывали оргазм при половом акте. Считаете ли вы такой вывод правильным? Почему да или почему нет?

2. Из текста следует, что задержка эякуляции может быть потенциальным источником сексуального наслаждения благодаря способности мужчины продлить половой акт. Согласны ли вы с этим или нет? Объясните почему.

3. В развитии полового расстройства могут участвовать психологические, семейные, культурные и биологические факторы. Как следует изменить эти факторы, чтобы уменьшить число людей, страдающих половыми расстройствами?

4. Почему женщины имитируют оргазм? Каковы их мотивы? Во всех ли случаях женщине не следует "подделывать" оргазм? Может ли мужчина отличить поддельный оргазм от настоящего? Должны ли мужчины интересоваться тем, имитируют ли их партнерши оргазм? Что делать мужчине со своими сомнениями? Как должна поступать женщина в тех случаях, когда она не достигла оргазма, а ее партнер считает, что оргазм был? Как следует поступить женщине, которая обычно имитировала оргазм, а впоследствии захотела изменить свое поведение?

5. Возможна ли ситуация, в которой врач-сексотерапевт мог бы участвовать в половой активности со своей пациенткой (ом)? Сколь часто, по вашему мнению, это случается? А если пациент испытывает влечение к врачу и хочет совершить с ним (или с ней) половой акт?

6. Как должны поступить преданные друг другу партнеры, если оказалось, что они сильно различаются по уровню своих сексуальных потребностей? Что делать, если один из партнеров страдает сексуальной аверсией или у него подавлено сексуальное влечение? Какой, по вашему мнению, должна быть реакция другого партнера?

7. Как вам кажется, что предпочтут мужчины, страдающие импотенцией, чтобы их расстройство было вызвано физиологической или психологической причиной? Если допустить, что причина психологическая, то как следует вести себя партнерше, чтобы продемонстрировать половое влечение к нему, но в то же время избежать действий, которые он мог бы истолковать как требование совершить половой акт?

Глава 22. Половые расстройства и половое здоровье

Половое здоровье тесно переплетено со здоровьем организма в целом: и то, и другое определяется отсутствием физических и эмоциональных недугов. В гл. 21 рассматривались эмоциональные причины половых расстройств; здесь же мы займемся физическими факторами, влияющими на сексуальность. Будут рассмотрены четыре главные темы: секс и инвалидность, влияние различных заболеваний на сексуальность, лекарственные препараты и секс, инфекционные болезни половых органов. Знакомство с этими проблемами позволит глубже понять физиологию половой функции и получить более полное представление об эмоциональных аспектах таких ситуаций.

СЕКС И ИНВАЛИДНОСТЬ

Инвалиды, как и все люди, стремятся к тому, чтобы любить и быть любимыми. Вопреки широко распространенным представлениям, инвалиды испытывают и половые потребности, и романтические чувства, которые могут проявляться самыми разнообразными способами.





В программе "Секс и инвалидность", проводимой в университете Джорджа Вашингтона, перечислены многие широко распространенные мифы и стереотипные представления о сексуальности инвалидов, способные "радикальным образом и без всякой нужды ограничить их половую жизнь" (Chipouras et al., 1979). Мы приводим этот перечень ниже.

1. Инвалидам чужды проблемы пола.

2. Инвалиды несамостоятельны и инфантильны, а потому нуждаются в опеке.

3. Инвалидность порождает неспособность к половой жизни.

4. Инвалиды должны жить и вступать в браки с себе подобными.

5. Родители детей-инвалидов не хотят давать им половое воспитание.

6. Для сексуального удовлетворения необходимо, чтобы половой акт завершался оргазмом.

7. Если у инвалида возникают половые проблемы, то они почти наверняка обусловлены именно его инвалидностью.

8. Физически здоровый человек может вступать в половые отношения с инвалидом только потому, что не привлекает к себе никого другого.

Все эти представления демонстрируют, как трудно нашему обществу признать за инвалидами право на половую активность. По каким-то причинам многие считают, что у инвалидов масса более важных забот и им не следует претендовать на радости, предназначенные для здоровых, "нормальных" людей. По счастью, многих инвалидов не смутила такая логика и они, объединив усилия с рядом работников из сферы здравоохранения, стали активно требовать внимания к сексуальным нуждам и чувствам людей, страдающих той или иной формой инвалидности. Результатом этого движения стал биль о сексуальных правах инвалидов (Chipouras et al., 1979), состоящий из следующих пунктов:

1. Право на половую жизнь.

2. Право на уединение.

3. Право на получение информации.

4. Право на такие необходимые услуги, как консультации по противозачаточным средствам, медицинское обслуживание, консультации по генетическим и сексуальным проблемам.

5. Право на выбор семейного положения.

6. Право иметь или не иметь детей.

7. Право принимать решения, касающиеся собственной жизни.

8. Право в полной мере реализовать свои возможности.

Хотя мы пока не дожили до того времени, когда инвалиды действительно пользовались бы всеми перечисленными правами, за последние 10 лет в этом направлении достигнуты значительные успехи. По мере того как меняется отношение нашего общества к инвалидам, а сексуальность все больше воспринимается как фактор, украшающий всю нашу жизнь, мы становимся, наконец, свидетелями постепенного исчезновения мифических представлений и стереотипов и замены их большей терпимостью и информированностью.

Травмы спинного мозга

Ярким примером воздействия инвалидности на сексуальность служат травмы спинного мозга. Они возникают по разным причинам: автомобильные или мотоциклетные аварии, резаные или огнестрельные раны, несчастные случаи на производстве, неудачные прыжки в воду или падения. Такие травмы обычно приводят к параплегии (паралич обеих ног) или квадриплегии (паралич всех четырех конечностей) и к полной потере чувствительности ниже уровня травмы; как правило, человек перестает контролировать дефекацию и мочеиспускание; очень часто отмечается значительное ослабление половой функции.

Мужчины с повреждениями спинного мозга в большинстве случаев утрачивают способность к нормальной эрекции в ответ на психологическое возбуждение, хотя еще могут быть способны к кратковременной рефлекторной эрекции (которую они не ощущают) в ответ на механическую стимуляцию - пощипывание или растирание кожи вблизи гениталий. В некоторых случаях при травмах спинного мозга возможна частичная эрекция в ответ на такие психологические стимулы, как эротические фильмы или кассеты с эротической музыкой, однако эти реакции остаются неосознанными (Kennedy, Over, 1990). Кроме того, большинство (но не все) мужчин с такими травмами становятся стерильными и теряют способность к эякуляции. Имеются данные (Szasz, Carpenter, 1989), что среди мужчин с полным нарушением функции спинного мозга менее 10% способны к эякуляции при половом сношении. Те, кто сохранили эту способность, не испытывают при этом оргазма, а во многих случаях у них происходит ретроградная эякуляция (обратный ток спермы в мочевой пузырь). В отличие от этого при частичном нарушении функции спинного мозга 4 из 5 мужчин способны совершить половой акт. При отсутствии эрекции возможно так называемое "мягкое введение": мягкий или полутвердый половой член вводят во влагалище и женщина производит фрикции своими бедрами, стараясь, чтобы половой член не выпал из влагалища.

Женщины с травмами спинного мозга обычно остаются фертильными и способны иметь детей. Сохраняя интерес к сексу, они часто теряют чувствительность гениталий и способность достигать оргазма, а

увлажнение влагалища у них значительно уменьшается. Некоторые женщины и мужчины с травмами спинного мозга сообщают о "фантомных" (негенитальных) оргазмах, при которых они испытывают как психические ощущения, сопровождающие оргазм (например, огромное удовольствие), так и физические ощущения в каких-то незатронутых недугом частях тела, напоминающие прежнюю оргазмическую реакцию.

Многие не могут понять, почему человеку с травмой спинного мозга, утратившему генитальную чувствительность, хотелось бы совершить половой акт. Сами инвалиды объясняют это по-разному, но чаще всего называют три причины:

1. Половой акт создает, помимо физиологических ощущений, особые чувства партнерства и тесного сближения.

2. Половое сношение способно вызвать очень сильное психическое возбуждение.

3. Способность участвовать в половом акте может возвысить человека в собственных глазах.

Кроме того, многие мужчины с травмами спинного мозга отмечают, что половой акт дает им возможность почувствовать себя более мужественными, а женщины - что он усиливает их женственность. Другие говорят, что совершают половой акт главным образом для того, чтобы доставить удовольствие своего партнеру (в этом же признаются иногда и здоровые люди).

Согласно распространенному мнению, травмы спинного мозга ограничивают в сексуальном плане женщину не так сильно, как мужчину, поскольку она сохраняет способность к участию в половом акте. Однако это очень упрощенный взгляд на проблему, проистекающий из представления о сексуальной пассивности женщины. Многие женщины с травмами спинного мозга бывают подавлены своей сексуальной неполноценностью и им необходим консультант, который помог бы им утвердиться в сексуальных возможностях (Thornton, 1979). К сожалению, многие программы реабилитации женщин с такими травмами не предусматривают консультаций по сексуальным проблемам, что заставляет больных либо самим искать такие услуги или обходиться без той помощи, которую им могли бы оказать (Zwerner, 1982).

Сексуальные возможности людей с травмами спинного мозга, а также способы, которыми они пытаются справиться со своими проблемами, сильно варьируют. Одни совершенно сдаются и избегают любых проявлений сексуальности, тогда как другие продолжают интересоваться сексом и находят себе партнера. Здесь следует подчеркнуть, что существует много способов сексуальных взаимоотношений, помимо полового акта (Mooney, Cole, Chilgren, 1975). Орально-генитальный секс, поцелуи, применение вибратора (который человек с квадриплегией может иногда удерживать в зубах), массаж, тесные объятия; это всего лишь несколько доступных инвалидам типов интимных взаимодействий, доставляющих сексуальное удовлетворение. Как показали недавние исследования, непосредственный контакт вибратора с половым членом мужчины, перенесшего травму спинного мозга, вызывает у него ряд предсказуемых внеге-нитальных реакций, примерно таких же, как у здоровых мужчин (Szasz, Carpenter, 1989). (Предупреждение: мужчине с травмой спинного мозга нельзя проводить такую стимуляцию, не проконсультировавшись с врачом, поскольку при этом велика опасность резкого повышения кровяного давления и сильной головной боли; чтобы этого избежать, необходим предварительный прием соответствующих препаратов.) У страдающих травмой спинного мозга непораженные участки тела нередко становятся чрезвычайно чувствительными и эрогенными, вследствие чего их стимуляция вызывает возбуждение, а иногда оргазм.

Мужчинам с необратимым нарушением эрекции, обусловленным травмой спинного мозга, можно имплантировать приспособление, позволяющее достигнуть эрекции и участвовать в половом акте.

Разработанная в последнее время процедура, называемая электростимуляцией эякуляции, дает надежду мужчинам с травмами спинного мозга, считавшимся прежде стерильными (а таких в США, например, 145 тыс.), стать отцами (Raymond, 1987). В основе этой процедуры лежит метод, широко применяемый в животноводстве: в прямую кишку вводят зонд, через который пропускают электрический ток до тех пор, пока не произойдет эякуляция. Хотя этот метод имеет ряд недостатков и связан с небольшим, но реальным риском травмы прямой кишки, в настоящее время он позволяет достигнуть успеха в 45% случаев (Benner etal., 1988).

Слепота и глухота

Инструктор рассказывает двум слепым о беременности, используя пластмассовые модели. Такого рода половое воспитание крайне важно для людей, лишенных тех или иных органов чувств.



У людей, слепых и глухих от рождения (или с очень раннего возраста), представления о сексе, приобретаемые обычно в детстве и в отрочестве, возникают гораздо позднее. Слепой от рождения, будучи лишен возможности рассмотреть различные формы человеческого тела, как прикрытые одеждой, так и обнаженные, нередко плохо представляет себе анатомические соотношения и связи между разными частями тела. (Один 15-летний мальчик был крайне удивлен, узнав, что груди у женщин находятся не прямо над талией, а несколько выше.) Люди, глухие от рождения, часто с трудом постигают смысл таких абстрактных понятий, как мужской пол, родство или интимная близость (Fitz Gerald, Fitz Gerald, 1977). Поскольку лишь в редких случаях родители глухих детей способны достаточно эффективно общаться с ними с помощью азбуки глухонемых, получить половое воспитание дома этим детям часто бывает затруднительно.

Ни слепота, ни глухота сами по себе никак не нарушают способность человека реагировать на сексуальные стимулы. Однако сексуальное невежество многих глухих или слепых может предопределить возникновение у них сексуальных проблем и трудностей во взаимоотношениях. Этому может способствовать также их искаженное представление о человеческом теле, а у многих, кроме того, невысокое мнение о самих себе. Поскольку слепые лишены тех зрительных впечатлений, от которых так зависит сексуальное поведение большинства из нас, а глухим довольно трудно общаться с другими людьми, возникновение упомянутых проблем вполне понятно.

В настоящее время разработаны программы полового воспитания для глухих и слепых. В большинстве таких программ обращается внимание на социальные и биологические аспекты сексуальности и широко используются инновационные методы обучения. Например, слепым дают в руки презервативы, тампоны, упаковки противозачаточных таблеток и вибраторы, с тем чтобы они ознакомились с этими предметами наощупь. Более того, в Европе осязательным методом пользуются иногда на занятиях анатомией, проводимых на живых обнаженных моделях (Helsinga, 1974). Половое воспитание глухих во многих случаях ведется преподавателями, владеющими азбукой глухонемых, и с использованием специальных наглядных пособий.

Умственная отсталость

Еще совсем недавно считалось, что люди с задержкой умственного развития либо асексуальны (т.е. находятся в состоянии детской наивности), либо совершенно подвластны импульсам и неспособны управлять своими примитивными сексуальными устремлениями. Эти вымыслы в сочетании с привычным нежеланием считать умственно отсталых полноправными гражданами приводили к тому, что сама постановка вопроса о сексуальности умственно отсталых вызывала возмущение и негодование. Это отношение в последние годы изменилось, но в свое время оно проявлялось, в частности, в том, что нередко проводилась принудительная стерилизация психически неполноценных взрослых или даже подростков с целью лишить их возможности оставлять потомство (несмотря на отсутствие данных о передаче по наследству большинства форм умственной отсталости).

Важно представлять себе, что умственно отсталые люди различаются по своим способностям к обучению, эмоциональной стабильности, навыкам жизни в обществе и способности к независимому существованию. Например, при слабых формах умственной отсталости люди способны обучаться, часто занимаются

созидательным трудом, вступают в брак и растят детей. Их жизнь часто ничем не отличается от жизни "нормальных" людей и их обычно бывает нетрудно обучить ответственному сексуальному поведению (Monat, 1982). При умеренной отсталости люди не так легко вписываются в наше общество и чаще ведут себя по-детски как в сексуальной, так и в других сферах жизни. Они нередко вызывают опасения и тревогу у окружающих, мастурбируя или раздеваясь в общественных местах, ведут себя агрессивно или безрассудно в проявлениях любви к другим людям, и во многих случаях их приходится постоянно держать под наблюдением или ограничивать их свободу, чтобы обеспечить им безопасность и благополучие. Тем не менее они все же способны приобрести довольно много сведений о сексуальности и деторожении; например, им можно объяснить, как происходит зачатие, что такое менструация (и что при этом следует делать), как справляться со своими сексуальными порывами при помощи мастурбации (но не на глазах у всех, а уединившись). Их можно также научить не нарушать права других людей и объяснить, как избежать сексуального насилия. При сильно выраженной умственной отсталости возникают проблемы другого порядка: человека гораздо труднее чему-то научить, и часто он способен лишь к самым зачаточным формам общения; таких людей для их собственной безопасности лучше всего содержать в специальных учреждениях.

Главный способ научить умственно отсталых справляться со своими сексуальными чувствами и выражать свои сексуальные желания состоит в соответствующем половом воспитании. Как отмечает Кэмптон (Kempton, 1978), "умственно отсталые люди нуждаются в половом воспитании больше, чем кто-либо другой, потому что они не могут узнать о сексуальных аспектах жизни от друзей, из книг или наблюдая за поведением других людей и им гораздо труднее, чем здоровым, отделить реальность от вымысла" (см. с. 133). Кроме того, им не всегда ясны причинно-следственные связи; например, они могут не знать, что результатом полового акта бывает беременность. По мнению некоторых родителей, имеющих умственно неполноценных детей, половое воспитание лишь направляет мысли детей в нежелательную сторону; однако, судя по имеющимся данным, сокрытие от детей информации о сексе не удерживает их от половой активности, а половое воспитание вовсе не приводит к безответственному половому поведению; на самом деле результаты скорее всего будут прямо противоположными (Kempton, 1978; Monat, 1982).

Обсуждаемая проблема имеет еще целый ряд аспектов, которые мы не будем здесь обсуждать. К числу таких тем относятся:

1. Создание для умственно отсталых, живущих в специальных лечебных учреждениях, возможности уединяться.

2. Обеспечение умственно отсталых подходящими противозачаточными средствами. (Для умственно отсталых сексуально активных женщин больше всего подходит ВМС. Противозачаточными таблетками способны пользоваться женщины лишь со слабо выраженной умственной отсталостью. Презервативы, диафрагмы и пены обычно не подходят, так как в большинстве случаев их забывают использовать, а многие просто не могут этому научиться.)

3. Умственно отсталые лица должны иметь возможность при желании вступать в брак или длительную половую связь.

СЕКС И СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Самые разнообразные соматические заболевания могут стать причиной половых расстройств. До последнего времени это обычно упускалось из виду медиками; врачам часто бывает неловко вступать в обсуждение половых проблем, иногда они мало осведомлены о сексуальных аспектах тех или иных заболеваний и не имеют опыта, позволяющего найти подход к таким проблемам. К счастью, в настоящее время подобное положение вещей быстро меняется благодаря расширению фундаментальных исследований в этой области и внесению в программы большинства медико-санитарных учебных заведений специальных курсов по проблемам сексуальности.

Болезни оказывают на половую функцию как прямое, так и косвенное воздействие. В физическом плане некоторые заболевания могут нарушить нормальные рефлексы, участвующие в половой реакции, как это наблюдается у больных с рассеянным склерозом. Иногда половая функция нарушается в результате лечения того или иного заболевания; обычные примеры - лекарственные препараты, оказывающие побочное действие на половую сферу, или хирургическая операция, повреждающая половые органы. В других случаях половые функции нарушаются вследствие слабости, утомляемости и болей, связанных с соматическим заболеванием. Определенную роль может играть и эмоциональный фактор: больной может решить, что половые ощущения ему "противопоказаны", что вследствие болезни он не сможет получить удовольствие от секса и вообще не сумеет участвовать в половом акте.

Перейдем теперь к сексуальным проблемам, возникающим при некоторых соматических заболеваниях.

Неврологические заболевания

В регуляции полового поведения и половой функции нервная система играет важнейшую роль. Головной мозг интегрирует сенсорную информацию, поступающую от органов осязания, зрения, слуха, вкуса и обоняния, и преобразует эти электрические импульсы в ощущения удовольствия, боли и различные эмоции. Аналогичным образом импульсы, посылаемые головным мозгом в другие органы, в том числе в половые, переводят половое влечение в половую реакцию. Поэтому естественно, что многие заболевания или травмы нервной системы отражаются на половой сфере.

Рассеянный склероз поражает обычно молодых людей. При этом заболевании возникают множественные очаги разрушения оболочки нервных волокон, рассеянные по всему телу; более половины мужчин теряет способность к эрекции и эякуляции (Schover et al., 1988), а у половины женщин возникают трудности с оргазмом или даже наступает полная аноргазмия (Lilius, Valtonen, Wikstrom, 1976). В начальный период возможно частичное онемение половых органов, а в некоторых случаях любое прикосновение к половым органам вызывает неприятные ощущения и раздражение (Lundberg, 1977); это обычно приводит к болезненности при половом акте. Влияние рассеянного склероза на половую сферу может быть периодическим, т.е. больной испытывает затруднения в течение нескольких недель или месяцев, после чего на некоторое время становится способным к нормальной половой жизни.

При опухолях головного мозга расстройства половых функций возникают реже. Хотя опухоли гипофиза или гипоталамуса обычно приводят к нарушениям эрекции и снижению полового влечения (Lundberg, Wide, 1978), опухоли в других участках мозга чаще не затрагивают половые функции.

Еще одно неврологическое заболевание - **эпилепсия** - также не оказывает прямого действия на функции половой системы (Jensen et al., 1990). Некоторые больные, однако, ощущая свою ущербность, избегают половой активности из ложных опасений, что возбуждение вызовет у них припадок.

Полиомиелит, хотя и может сопровождаться повреждениями спинного мозга, нарушает мышечные функции, не затрагивая ощущения. Поэтому у большинства людей, парализованных вследствие полиомиелита, половая функция сохраняется, хотя ограниченная подвижность обычно затрудняет фрикции при половом акте.

Еще одно часто встречающееся заболевание нервной системы - **болезнь Альцгеймера**, поражающая, согласно оценкам, 2-4% людей старше 65 лет (American Psychiatric Assotiation, 1987). Это прогрессирующее дегенеративное заболевание головного мозга, причины которого неизвестны. Оно приводит к слабоумию и обычно через 5-7 лет к смерти. У больного нарушаются функции головного мозга, в частности наблюдается ослабление памяти и способности к логическим рассуждениям и абстрактному мышлению; затрудняется речь, снижается уровень восприятия, возникают изменения личности, однако в начальный период эти признаки бывают выражены слабо. Как показали Шапира и Каммингс (Shapira, Cummings, 1989), наиболее типичный признак болезни Альцгеймера у мужчин - это утрата интереса к сексу. Следует, однако, учесть, что использованная ими выборка была разнородна, причем у нескольких мужчин был отмечен повышенный интерес к сексу. Эти авторы наблюдали также, что жены мужчин с болезнью Альцгеймера прекращают половые отношения со своими мужьями, так как последние все больше теряют самостоятельность, впадают в детство, и уход за ними отнимает у жен все больше времени; правда, иногда при этом жены испытывают чувство вины.

Заболевания эндокринной системы

Самое распространенное эндокринное расстройство - сахарный диабет, которым в США страдает 4% населения. Примерно у 50% мужчин, больных диабетом, бывает нарушена эрекция, что проявляется либо вначале как ранний симптом диабета, либо возникает спустя много лет после установления диагноза (Podolsky, 1983; Pfiefer, 1988). Примерно 1% заболевших мужчин страдают ретроградной эякуляцией, однако на половое влечение сахарный диабет обычно не влияет. Нарушения половой функции у мужчин с диабетом были хорошо известны уже по крайней мере 30 лет назад, однако аналогичные проблемы у женщин выявлены лишь в 1970-х гг. В одном исследовании (Kolodny, 1971) примерно у одной трети больных диабетом женщин была обнаружена вторичная аноргазмия, обычно возникавшая спустя 4-6 лет после начала заболевания, хотя другие исследователи не вполне подтверждают эти данные. Например, Йенсен (Jensen, 1986) обнаружил у 14% больных женщин затруднения с достижением оргазма, а у 20% - пониженное половое влечение; кроме того, у некоторых женщин было обнаружено недостаточное увлажнение влагалища. Опубликован обзор исследований в этой области (Prather, 1988).

Главная причина сексуальных проблем у больных диабетом обоего пола - одна из форм невроза, возникающая на почве диабета (Rowland et al., 1989; Tejada et al., 1989). Однако у небольшой части больных эти расстройства обусловлены нарушениями кровообращения. К сожалению, ни та, ни другая причины не

поддаются лечению (если не считать имплантации протезов при нарушениях эрекции). В тех случаях, когда сексуальные расстройства у больных диабетом имеют другое происхождение (например, страх неудачи или нарушение коммуникации), может помочь сексотерапия (Kolodny, Masters, Johnson, 1979; Clark, 1988).

Нарушения функции гипофиза, щитовидной железы или надпочечников тоже обычно отражаются на половой сфере. Любое из этих нарушений может влиять на выраженность полового влечения и половую функцию. При пониженной активности (гипофункции) щитовидной железы или надпочечников примерно у 40% женщин возникают затруднения с оргазмом, а у такого же процента мужчин - проблемы с эрекцией (Kolodny, Masters, Johnson, 1979). Гипофункция гипофиза вызывает еще более серьезные половые расстройства. К счастью, эти эндокринные нарушения можно устранить приемом соответствующих доз "недостающего" гормона в виде таблеток.

КОРОТКО О ВАЖНОМ

Половые расстройства у мужчин, больных сахарным диабетом

- **Примерно у 50% больных нарушена эрекция.**
- **Более чем в 90% случаев проблемы с эрекцией нарастают постепенно: вначале это отдельные неудачи, но за период в 6-12 мес они переходят в полную импотенцию.**
- **Половое влечение остается нормальным, эякуляция не нарушается.**
- **Главная причина нарушения эрекции у больных - вызванные диабетом поражения нервов, а также мелких кровеносных сосудов, снабжающих кровью половой член.**
- **Примерно у 1% больных развивается ретроградная эякуляция, при которой семенная жидкость изливается в мочевой пузырь.**
- **Нарушения эрекции при диабете обычно не ослабляют сексуальные ощущения.**
- **Пластические операции полового члена позволяют больным успешно совершать половой акт.**

Умственная отсталость

Еще совсем недавно считалось, что люди с задержкой умственного развития либо асексуальны (т.е. находятся в состоянии детской наивности), либо совершенно подвластны импульсам и неспособны управлять своими примитивными сексуальными устремлениями. Эти вымыслы в сочетании с привычным нежеланием считать умственно отсталых полноправными гражданами приводили к тому, что сама постановка вопроса о сексуальности умственно отсталых вызывала возмущение и негодование. Это отношение в последние годы изменилось, но в свое время оно проявлялось, в частности, в том, что нередко проводилась принудительная стерилизация психически неполноценных взрослых или даже подростков с целью лишить их возможности оставлять потомство (несмотря на отсутствие данных о передаче по наследству большинства форм умственной отсталости).

Важно представлять себе, что умственно отсталые люди различаются по своим способностям к обучению, эмоциональной стабильности, навыкам жизни в обществе и способности к независимому существованию. Например, при слабых формах умственной отсталости люди способны обучаться, часто занимаются созидательным трудом, вступают в брак и растят детей. Их жизнь часто ничем не отличается от жизни "нормальных" людей и их обычно бывает нетрудно обучить ответственному сексуальному поведению (Monat, 1982). При умеренной отсталости люди не так легко вписываются в наше общество и чаще ведут себя по-детски как в сексуальной, так и в других сферах жизни. Они нередко вызывают опасения и тревогу у окружающих, мастурбируя или раздеваясь в общественных местах, ведут себя агрессивно или безрассудно в проявлениях любви к другим людям, и во многих случаях их приходится постоянно держать под наблюдением или ограничивать их свободу, чтобы обеспечить им безопасность и благополучие. Тем не менее они все же способны приобрести довольно много сведений о сексуальности и деторожении; например, им можно объяснить, как происходит зачатие, что такое менструация (и что при этом следует делать), как справляться со своими сексуальными порывами при помощи мастурбации (но не на глазах у всех, а уединившись). Их можно также научить не нарушать права других людей и объяснить, как избежать сексуального насилия. При сильно выраженной умственной отсталости возникают проблемы другого порядка: человека гораздо труднее чему-то научить, и часто он способен лишь к самым зачаточным формам общения; таких людей для их собственной безопасности лучше всего содержать в специальных учреждениях.

Главный способ научить умственно отсталых справляться со своими сексуальными чувствами и выражать свои сексуальные желания состоит в соответствующем половом воспитании. Как отмечает Кэмптон (Kempton, 1978), "умственно отсталые люди нуждаются в половом воспитании больше, чем кто-либо другой, потому что они не могут узнать о сексуальных аспектах жизни от друзей, из книг или наблюдая за поведением других

людей и им гораздо труднее, чем здоровым, отделить реальность от вымысла" (см. с. 133). Кроме того, им не всегда ясны причинно-следственные связи; например, они могут не знать, что результатом полового акта бывает беременность. По мнению некоторых родителей, имеющих умственно неполноценных детей, половое воспитание лишь направляет мысли детей в нежелательную сторону; однако, судя по имеющимся данным, сокрытие от детей информации о сексе не удерживает их от половой активности, а половое воспитание вовсе не приводит к безответственному половому поведению; на самом деле результаты скорее всего будут прямо противоположными (Kempton, 1978; Monat, 1982).

Обсуждаемая проблема имеет еще целый ряд аспектов, которые мы не будем здесь обсуждать. К числу таких тем относятся:

1. Создание для умственно отсталых, живущих в специальных лечебных учреждениях, возможности уединяться.

2. Обеспечение умственно отсталых подходящими противозачаточными средствами. (Для умственно отсталых сексуально активных женщин больше всего подходит ВМС. Противозачаточными таблетками способны пользоваться женщины лишь со слабо выраженной умственной отсталостью. Презервативы, диафрагмы и пены обычно не подходят, так как в большинстве случаев их забывают использовать, а многие просто не могут этому научиться.)

3. Умственно отсталые лица должны иметь возможность при желании вступать в брак или длительную половую связь.

СЕКС И СОМАТИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Самые разнообразные соматические заболевания могут стать причиной половых расстройств. До последнего времени это обычно упускалось из виду медиками; врачам часто бывает неловко вступать в обсуждение половых проблем, иногда они мало осведомлены о сексуальных аспектах тех или иных заболеваний и не имеют опыта, позволяющего найти подход к таким проблемам. К счастью, в настоящее время подобное положение вещей быстро меняется благодаря расширению фундаментальных исследований в этой области и внесению в программы большинства медико-санитарных учебных заведений специальных курсов по проблемам сексуальности.

Болезни оказывают на половую функцию как прямое, так и косвенное воздействие. В физическом плане некоторые заболевания могут нарушить нормальные рефлексы, участвующие в половой реакции, как это наблюдается у больных с рассеянным склерозом. Иногда половая функция нарушается в результате лечения того или иного заболевания; обычные примеры - лекарственные препараты, оказывающие побочное действие на половую сферу, или хирургическая операция, повреждающая половые органы. В других случаях половые функции нарушаются вследствие слабости, утомляемости и болей, связанных с соматическим заболеванием. Определенную роль может играть и эмоциональный фактор: больной может решить, что половые ощущения ему "противопоказаны", что вследствие болезни он не сможет получить удовольствие от секса и вообще не сумеет участвовать в половом акте.

Перейдем теперь к сексуальным проблемам, возникающим при некоторых соматических заболеваниях.

Неврологические заболевания

В регуляции полового поведения и половой функции нервная система играет важнейшую роль. Головной мозг интегрирует сенсорную информацию, поступающую от органов осязания, зрения, слуха, вкуса и обоняния, и преобразует эти электрические импульсы в ощущения удовольствия, боли и различные эмоции. Аналогичным образом импульсы, посылаемые головным мозгом в другие органы, в том числе в половые, переводят половое влечение в половую реакцию. Поэтому естественно, что многие заболевания или травмы нервной системы отражаются на половой сфере.

Рассеянный склероз поражает обычно молодых людей. При этом заболевании возникают множественные очаги разрушения оболочки нервных волокон, рассеянные по всему телу; более половины мужчин теряет способность к эрекции и эякуляции (Schover et al., 1988), а у половины женщин возникают трудности с оргазмом или даже наступает полная аноргазмия (Lilius, Valtonen, Wikstrom, 1976). В начальный период возможно частичное онемение половых органов, а в некоторых случаях любое прикосновение к половым органам вызывает неприятные ощущения и раздражение (Lundberg, 1977); это обычно приводит к болезненности при половом акте. Влияние рассеянного склероза на половую сферу может быть периодическим, т.е. больной испытывает затруднения в течение нескольких недель или месяцев, после чего на некоторое время становится способным к нормальной половой жизни.

При опухолях головного мозга расстройства половых функций возникают реже. Хотя опухоли гипофиза или гипоталамуса обычно приводят к нарушениям эрекции и снижению полового влечения (Lundberg, Wide, 1978), опухоли в других участках мозга чаще не затрагивают половые функции.

Еще одно неврологическое заболевание - **эпилепсия** - также не оказывает прямого действия на функции половой системы (Jensen et al., 1990). Некоторые больные, однако, ощущая свою ущербность, избегают половой активности из ложных опасений, что возбуждение вызовет у них припадок.

Полиомиелит, хотя и может сопровождаться повреждениями спинного мозга, нарушает мышечные функции, не затрагивая ощущения. Поэтому у большинства людей, парализованных вследствие полиомиелита, половая функция сохраняется, хотя ограниченная подвижность обычно затрудняет фрикции при половом акте.

Еще одно часто встречающееся заболевание нервной системы - **болезнь Альцгеймера**, поражающая, согласно оценкам, 2-4% людей старше 65 лет (American Psychiatric Assotiation, 1987). Это прогрессирующее дегенеративное заболевание головного мозга, причины которого неизвестны. Оно приводит к слабоумию и обычно через 5-7 лет к смерти. У больного нарушаются функции головного мозга, в частности наблюдается ослабление памяти и способности к логическим рассуждениям и абстрактному мышлению; затрудняется речь, снижается уровень восприятия, возникают изменения личности, однако в начальный период эти признаки бывают выражены слабо. Как показали Шапира и Каммингс (Shapira, Cummings, 1989), наиболее типичный признак болезни Альцгеймера у мужчин - это утрата интереса к сексу. Следует, однако, учесть, что использованная ими выборка была разнородна, причем у нескольких мужчин был отмечен повышенный интерес к сексу. Эти авторы наблюдали также, что жены мужчин с болезнью Альцгеймера прекращают половые отношения со своими мужьями, так как последние все больше теряют самостоятельность, впадают в детство, и уход за ними отнимает у жен все больше времени; правда, иногда при этом жены испытывают чувство вины.

Заболевания эндокринной системы

Самое распространенное эндокринное расстройство - сахарный диабет, которым в США страдает 4% населения. Примерно у 50% мужчин, больных диабетом, бывает нарушена эрекция, что проявляется либо вначале как ранний симптом диабета, либо возникает спустя много лет после установления диагноза (Podolsky, 1983; Pfiefer, 1988). Примерно 1% заболевших мужчин страдают ретроградной эякуляцией, однако на половое влечение сахарный диабет обычно не влияет. Нарушения половой функции у мужчин с диабетом были хорошо известны уже по крайней мере 30 лет назад, однако аналогичные проблемы у женщин выявлены лишь в 1970-х гг. В одном исследовании (Kolodny, 1971) примерно у одной трети больных диабетом женщин была обнаружена вторичная аноргазмия, обычно возникавшая спустя 4-6 лет после начала заболевания, хотя другие исследователи не вполне подтверждают эти данные. Например, Йенсен (Jensen, 1986) обнаружил у 14% больных женщин затруднения с достижением оргазма, а у 20% - пониженное половое влечение; кроме того, у некоторых женщин было обнаружено недостаточное увлажнение влагалища. Опубликован обзор исследований в этой области (Prather, 1988).

Главная причина сексуальных проблем у больных диабетом обоего пола - одна из форм невроза, возникающая на почве диабета (Rowland et al., 1989; Tejada et al., 1989). Однако у небольшой части больных эти расстройства обусловлены нарушениями кровообращения. К сожалению, ни та, ни другая причины не поддаются лечению (если не считать имплантации протезов при нарушениях эрекции). В тех случаях, когда сексуальные расстройства у больных диабетом имеют другое происхождение (например, страх неудачи или нарушение коммуникации), может помочь сексотерапия (Kolodny, Masters, Johnson, 1979; Clark, 1988).

Нарушения функции гипофиза, щитовидной железы или надпочечников тоже обычно отражаются на половой сфере. Любое из этих нарушений может влиять на выраженность полового влечения и половую функцию. При пониженной активности (гипофункции) щитовидной железы или надпочечников примерно у 40% женщин возникают затруднения с оргазмом, а у такого же процента мужчин - проблемы с эрекцией (Kolodny, Masters, Johnson, 1979). Гипофункция гипофиза вызывает еще более серьезные половые расстройства. К счастью, эти эндокринные нарушения можно устранить приемом соответствующих доз "недостающего" гормона в виде таблеток.

КОРОТКО О ВАЖНОМ

Половые расстройства у мужчин, больных сахарным диабетом

- **Примерно у 50% больных нарушена эрекция.**
- **Более чем в 90% случаев проблемы с эрекцией нарастают постепенно: вначале это**

отдельные неудачи, но за период в 6-12 мес они переходят в полную импотенцию.

- **Половое влечение остается нормальным, эякуляция не нарушается.**
- **Главная причина нарушения эрекции у больных - вызванные диабетом поражения нервов, а также мелких кровеносных сосудов, снабжающих кровью половой член.**
- **Примерно у 1% больных развивается ретроградная эякуляция, при которой семенная жидкость изливается в мочевой пузырь.**
- **Нарушения эрекции при диабете обычно не ослабляют сексуальные ощущения.**
- **Пластические операции полового члена позволяют больным успешно совершать половой акт.**

Болезни сердца

Тяжелые хронические болезни сердца обычно резко ограничивают способность к половой активности. При более легких заболеваниях таких физических ограничений не возникает. Однако, как показывают исследования, у многих мужчин, перенесших инфаркт миокарда, половая активность не восстанавливается в течение 6-12 мес после выздоровления (Singh et al., 1970; Green, 1975; Mehta, Krop, 1979). Главная причина этого - не физическая слабость, а психологический барьер: тревога, разного рода опасения и развившаяся реакция избегания - все это вместе препятствует проявлению сексуальности. Мужчина боится, что состояние его сердца затруднит половой акт или же что половое возбуждение спровоцирует новый инфаркт. Эти опасения подкрепляются рассказами о случаях смерти вследствие обширного инфаркта во время бурного полового акта.

Однако серьезных доказательств того, что половая активность связана с заметным риском для большинства страдающих болезнями сердца, не получено; нагрузка на сердце при половом акте и оргазме сопоставима с нагрузкой, испытываемой человеком, поднимающимся по лестнице на второй этаж (Mazur, 1979; McLane, Krop, Mehta, 1980). У женщин, перенесших инфаркт миокарда, возникновение сексуальных проблем менее вероятно, чем у мужчин (Kolodny, Masters, Johnson, 1979; Shover, Jensen, 1988).

Злокачественные новообразования

Еще совсем недавно большинство людей считали само собой разумеющимся, что онкологический больной не может испытывать сексуальные чувства или иметь половые потребности. Теперь ошибочность такого мнения очевидна, и половой жизни людей со злокачественными новообразованиями уделяется все больше внимания (Derogatis, Kourlesis, 1981). Ниже кратко рассматриваются некоторые раковые заболевания и их воздействие на сексуальность.

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

У американских женщин шанс заболеть раком молочной железы составляет 1 к 11; это самое распространенное онкологическое заболевание женщин, занимающее второе место после рака легких среди причин смертности от таких заболеваний (Council on Scientific Affairs, 1989). Ежегодно в США регистрируется 130 000 новых случаев рака молочной железы, а раннее выявление повышает шансы на выживание и даже на излечение.

К сожалению, как показали недавние исследования, более трети женщин, страдающих этим заболеванием, обнаруживают его случайно (Lund, 1988). Большинство женщин не ощупывают свои молочные железы систематически и не проходят маммографию (рентгеноскопию молочных желез), несмотря на медицинские данные, убедительно свидетельствующие о том, что эти процедуры могут спасти им жизнь (Tabar et al., 1985; Brody, 1988; Eddy et al., 1988). (Самообследование молочных желез описано на с. 53.) В связи с этим 11 главных медицинских учреждений США, в том числе Американское онкологическое общество, Национальный онкологический институт и Американская медицинская ассоциация, пришли к единому мнению относительно того, что все женщины в возрасте от 40 лет и старше должны проходить маммографическое обследование.

Это обследование (стоимостью примерно 100 долларов) позволяет выявить опухоль величиной с кончик карандаша, т.е. настолько маленькую, что ее невозможно обнаружить при самообследовании. Каждую молочную железу обследуют по отдельности, помещая в особое устройство, слегка сдавливающее и уплощающее ее, с тем чтобы можно было получить отчетливые рентгеновские снимки. Всего делают 4 снимка: боковой и горизонтальный для каждой железы. У преобладающего большинства женщин (88%) маммография не вызывает никаких неприятных ощущений, хотя иногда она создает небольшой дискомфорт; лишь 2% испытывают сильный дискомфорт или настоящую боль (Stomper et al., 1988).



Установка, используемая для маммографии. Для получения хорошего снимка защитный экран слегка прижимают к молочной железе и делают по две маммограммы (в разных проекциях) каждой железы.

По мнению экспертов, женщинам моложе 35 лет нет надобности проводить маммографию, поскольку до этого возраста рак молочной железы возникает редко; однако многие считают, что в 35-39 лет всем женщинам следует один раз провести это обследование, чтобы иметь маммограмму, с которой можно было бы сравнивать более поздние снимки. В настоящее время женщинам старше 40 лет рекомендуется проводить маммографию каждые два года, а если в их семейном анамнезе имеются случаи рака молочной железы, то ежегодно. После 50 лет всем женщинам следует проводить маммографию ежегодно.

В настоящее время существует возможность вычислять риск развития у данной женщины рака молочной железы (Gail et al., 1989). При этом учитывают четыре фактора: возраст начала менструаций; страдали ли ее мать или сестры раком молочной железы; возраст женщины при рождении ее первого живого ребенка; число проведенных биопсий молочной железы, давших отрицательные результаты.

Возлагаются надежды на то, что выявив таким образом женщин, для которых риск получить рак молочной железы особенно высок, их можно будет убедить принять меры для профилактики и раннего выявления болезни. К числу профилактических мер относятся, в частности, снижение веса у слишком полных женщин, сокращение потребления жиров и отказ от спиртных напитков, поскольку все эти факторы повышают вероятность развития рака молочной железы (Kelsey et al., 1981; Helmrich et al., 1983; Graham, 1987; Schatzkin et al., 1987; LaVecchiaetal., 1987). Раннему обнаружению способствуют регулярные ежемесячные самообследования и регулярная маммография, начиная с 40 лет. О значении ранней диагностики свидетельствуют следующие статистические данные: при обнаружении опухоли на локализованной стадии пятилетняя выживаемость превышает 85% (King, 1989).

При раке молочной железы обычно проводят мастэктомию - хирургическое удаление пораженной молочной железы. Эта операция создает у женщины психологические проблемы; ее тревожит утрата физической привлекательности и возможность того, что муж или половой партнер ее бросят, особенно если у них имеются широкие возможности для выбора (Witkin, 1975; Notman, 1978). Такая реакция не покажется неожиданной, если вспомнить, какое значение в нашем обществе придается груди как символу сексуальности и женственности. В результате женщина, у которой удалена молочная железа, обычно чувствует себя "ущербной" и неженственной.

Хотя мастэктомия не "создает" сексуальных проблем в прямом, физическом смысле, ее психологическое влияние на половую сферу может оказаться очень сильным. Реакция женщин бывает разной - от сравнительно быстрого приспособления до депрессии, утраты полового влечения и развития половых расстройств. Некоторые женщины после мастэктомии избегают любых форм сексуальной активности. Более типично понижение частоты половых актов, в которых эти женщины участвуют, причем после операции они инициируют их реже, чем до нее (Frank et al., 1978). Женщина стесняется своей наготы, а у мужчины ее нагота может вызвать дискомфорт. Иногда партнеры совершенно отказываются от полового акта в положении "женщина сверху", поскольку при этом у мужчины прямо перед глазами оказывается послеоперационный рубец. У женщин, не имевших партнера до операции, особенно много поводов для беспокойства: как себя вести на свиданиях, что сказать предполагаемому партнеру; нередко они опасаются также, что ни один мужчина не сможет полюбить женщину с одной грудью. Приведенная ниже история дает представление о переживаниях, типичных для женщин, оказавшихся в этой ситуации.

> После мастэктомии, перенесенной мною в возрасте 45 лет, я была совершенно уверена, что с любовью покончено. В конце концов, думала я, если и раньше я была одинокой, то уж теперь, при изуродованной груди, вряд ли смогу вызвать в ком-либо страстные желания. В

течение двух лет я была в довольно пода-. вленном состоянии, жалела себя и тосковала. Когда один из соседей пригласил меня отпраздновать с ним и его сослуживцами Рождество, я сначала не хотела соглашаться. Потом, на мое удивление, за этим последовали другие приглашения и между нами появились проблески романтических отношений. Как мне не было трудно, я в конце концов рассказала ему о своем "состоянии" и была совершенно ошело-млена, что не отпугнула и даже не взволновала его. Хотя наша связь и не завершилась браком, это никак не было связано с половыми проблемами; более того, именно секс оказался лучшей частью наших отношений; он придал мне уверенность в себе и убедил в том, что я могу еще быть привлекательной в этом плане. (Из картотеки авторов)

В послеоперационной адаптации женщин, имеющих половых партнеров, важную роль играет отношение партнера к тому, что произошло (Wellich, Jamison, Pasnau, 1978). Во многих случаях возможны пластические операции, помогающие женщине справиться с возникшими проблемами. Знаменательно, однако, что к этим операциям прибегают менее 1% женщин, перенесших мастэктомию; это наводит на мысль, что во многих случаях никто не обсуждает с ними такую возможность (Winder, Winder, 1985). В настоящее время в случае относительно небольшой опухоли проводят консервативное хирургическое лечение, т.е. удаление лишь самой опухоли (тилэктомия) или только частичное удаление (секторальная резекция) молочной железы в сочетании с лучевой терапией. Эти операции значительно меньше уродуют грудь и потому не сопровождаются глубокими психологическими травмами, причем они, по-видимому, так же эффективны, как радикальная мастэктомия.

РАК ШЕЙКИ МАТКИ

Ежегодно число новых случаев рака шейки матки в США превышает 60 000, а рака эндометрия - 38 000 (Silverberg, 1989). К факторам риска относятся инфекция вирусом простого герпеса типа 2 или вирусом папилломы человека (Raymond, 1987; Layde, 1989), а возможно, и курение (Slattery et al., 1989). Известно две формы рака шейки матки: преинва-зивная и инвазивная. Обе формы развиваются обычно без симптомов; выявить их можно по методу Папаниколау, взяв соскоб при обычном гинекологическом обследовании. Преинвазивный рак шейки матки - это в сущности предраковое состояние, затрагивающее лишь поверхностные клетки шейки матки, но не другие ткани. В среднем проходит не менее 8 лет, прежде чем преинвазивная форма перейдет в настоящий инвазивный рак (Eddy, 1980; Richart, Barren, 1980). Лечение рака шейки матки, начатое в преинвазивной стадии, приводит к практически полному выздоровлению в 100% случаев. Выбор метода лечения инвазивно-го рака шейки матки - хирургическое вмешательство или лучевая терапия - зависит от того, распространились ли раковые клетки за пределы этого органа. После операции довольно обычны затруднения при половом акте, зависящие от выраженности образовавшихся рубцов (Abitbol, Davenport, 1974; Lamberti, 1979). Высказывалось мнение, что хирургическое вмешательство меньше нарушает половую функцию, чем лучевая терапия (Scibel, Freeman, Graves, 1980).

Рак эндометрия у женщин моложе 40 лет встречается редко. На ранних стадиях он обычно проявляется аномальными кровотечениями; позднее отмечаются схваткообразные боли в низу живота, кровотечения после полового сношения, вздутия в паху. Анализ мазков по Папаниколау не может служить вполне надежным способом выявления этой формы рака; для постановки диагноза обычно проводят выскабливание полости матки. В зависимости от результатов обследования выбирают методы лечения, которые могут быть самыми разными - от хирургического вмешательства (удаление матки и яичников) до лучевой, медикаментозной или гормональной терапии. Если злокачественное перерождение тканей не вышло за пределы матки, то шансы на выздоровление (т.е. на отсутствие рецидива в ближайшие 5 лет) составляют 83% (Silverberg, 1981). Хирургическое удаление матки (гистерэктомия) обычно не оказывает негативного воздействия на половую функцию женщины. На самом деле оно даже приносит облегчение, так как прекращаются кровотечения и спазмы. Однако у некоторых женщин после гистерэктомии наблюдается нарушение сексуальной реакции и/или понижение интереса к сексу, так как они убеждены, что эта операция во многом лишила их женского начала (Utian, 1975; Dennerstein, Wood, Burrows, 1977; Roeske, 1978).

РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Рак предстательной железы составляет 17% всех раковых заболеваний у мужчин; в США ежегодно регистрируется до 70 000 новых случаев (Silverberg, 1981). У мужчин моложе 40 лет эта болезнь встречается редко; обычно ее обнаруживают при ректальном исследовании. Лечение состоит в хирургическом удалении предстательной железы (про-статэктомии), лучевой или гормональной терапии. Простатэктомия в этом случае приводит к нарушению эрекции вследствие повреждения нервных волокон, иннервирующих половой член. Если предстательную железу удаляют по другим причинам, то нарушения эрекции возникают реже, хотя у многих мужчин развивается ретроградная эякуляция.

РАК ЯИЧКА

Рак яичка встречается относительно редко, главным образом в возрасте от 25 до 35 лет. Поскольку лишь в половине случаев это заболевание сопровождается болью, важно, чтобы мужчины научились

самостоятельно обследовать свои яички (см. с. 61) и, обнаружив какое-либо затвердение, немедленно обращались к врачу.

Лечение рака яичка (хирургия, медикаментозная и лучевая терапия) иногда приводит к нарушению половой функции и обычно к бесплодию. Очень часто при этой форме рака мужчины винят себя за свое половое поведение в прошлом, считая причиной заболевания мастурбацию, БППП или слишком активную половую жизнь. Другие после хирургического удаления яичка считают себя "неполноценными". При этом нередко развиваются страх неудачи и боязнь показать партнеру свой физический дефект, что создает затруднения с эрекцией по чисто психологическим причинам.

ПОСЛЕДСТВИЯ ПРИМЕНЕНИЯ ДИЭТИЛСТИЛЬБЭСТРОЛА

В период с 1940 по 1971 гг. примерно 6 млн. человек - беременные женщины, их дочери и сыновья - подверглись воздействию синтетического эстрогена ДЭС (диэтилстильбэстрол) и других близких к нему лекарственных препаратов; в то время эти препараты широко применяли при так называемых беременностях с высоким риском, т.е. с угрозой выкидыша или осложнения вследствие таких заболеваний, как сахарный диабет. В 1971 г. врачи обнаружили у дочерей женщин, принимавших во время беременности ДЭС или его аналоги, редкую форму рака влагалища или шейки матки - светло-клеточную аденокарциному (Herbst, Ulfelder, Poskanzer, 1971). В дальнейшем выявились аномалии репродуктивных органов у некоторых сыновей женщин, принимавших ДЭС во время беременности: недоразвитие яичка, неопущение яичек (криптохоризм), морфогические аномалии полового члена, ранние признаки бесплодия (Gill, Schumacher, Bibbo, 1977). Сравнительно недавно возникли опасения относительно развития у сыновей таких женщин рака яичка, однако эти сведения требуют подтверждения.

У дочерей женщин, принимавших ДЭС, раковые заболевания относительно редки (примерно 1 случай на 800), но доброкачественные аномалии влагалища обнаруживаются у одной трети, а аномалии шейки матки - почти у всех (Robboy et al., 1981). У них также выявляются нарушения менструального цикла, высокая частота внематочных беременностей, выкидышей и гибели новорожденных. На тератогенный эффект ДЭС указывают также данные о том, что у женщин, принимавших этот препарат во время беременности, повышен риск развития ракового заболевания, в том числе рака молочной железы (Hoover, Gray, Fraumeni, 1977; Meyers, 1983; Greenbergetal., 1984). Все дочери женщин, принимавших ДЭС, должны пройти гинекологическое обследование с анализом мазка по Папаниколау, а также при выявлении во влагалище подозрительных участков - биопсии (взятия образца ткани на исследование). Обычно биопсия сопровождается относительно слабыми неприятными ощущениями, хотя в течение 12-24 ч после нее возможно небольшое кровотечение (слабее, чем при менструации).

Что следует делать сыновьям женщин, принимавших ДЭС, пока не вполне ясно, однако мы считаем, что до получения более полной информации об отдаленных эффектах этого препарата им следует ежегодно проходить медицинское обследование.

Как правило, отклонения, связанные с воздействием ДЭС, не требуют лечения, и у более чем 98% людей, подвергшихся этому воздействию, раковых заболеваний не обнаруживается. Тем не менее важно периодически проходить медицинский осмотр (по крайней мере раз в полгода, если были обнаружены аномалии, и раз в год, если они отсутствуют), поскольку успешность лечения раковых заболеваний, которые развиваются в этих случаях, частично зависит от их выявления на самых ранних стадиях.

Само собой разумеется, что человек, подвергавшийся воздействию ДЭС, испытывает теперь возмущение, иногда чувство вины, страх заболеть раком и беспокойство по поводу влияния препарата на половую жизнь и возможность иметь детей. Вот как описывает свои переживания 24-летняя медицинская сестра:

> Когда я узнала, что моя мать, будучи беременна мною, принимала ДЭС, я не сразу осознала значение этого. Теперь, когда я понимаю, что риск ракового заболевания невелик, мне не так страшно, хотя было бы нечестно умолчать о том, что я считаю себя не совсем такой, как другие, и постоянно беспокоюсь о будущем. Когда дело касается вас самих, статистика становится малоубедительной. (Из картотеки авторов)

В других случаях дочери женщин, принимавших ДЭС, приходят в отчаяние, когда им рекомендуют не принимать противозачаточные таблетки (высказываются предположения, что эти таблетки могут усилить изменения, вызываемые ДЭС, хотя в настоящее время это еще неясно), или волнуются, не подвергают ли они риску будущих детей. В США организованы специальные группы помощи таким людям.

Алкоголизм

У алкоголиков, как мужчин, так и женщин, очень часто отмечаются сексуальные проблемы. Однако не во всех случаях эти проблемы порождаются алкоголизмом: нередко человек начинает пить из-за уже имеющихся половых расстройств. В таких случаях алкоголь помогает людям справляться с ощущением сексуальной неполноценности, притупляя их интерес к сексу или делая их менее критичными к собственному поведению при половом акте. Памятуя о широко распространенном мнении, что пить спиртное "мужественно" и что алкоголь помогает соблазнить женщину, снижая ее сопротивление, нетрудно понять, почему с точки зрения мужчины алкоголь "благотворен" для секса. Женщины, сексуально подавленные или считающие секс чем-то недозволенным, отмечают, что алкоголь снимает эту напряженность и позволяет им чувствовать себя более уверенно.

По нашим данным, примерно у 40% мужчин-алкоголиков возникают проблемы с эрекцией, а 5-10% имеют преждевременную эякуляцию. Среди страдающих алкоголизмом женщин у 30-40% снижена половая возбудимость, а 15% - с трудом достигают оргазма (Kolodny, Masters, Johnson, 1979; Murphy et al., 1980). Кроме того, у алкоголиков нередко наблюдается ослабление полового влечения (Schiavi, 1990).

Все эти проблемы возникают неслучайно. Алкоголизм оказывает прямое воздействие на гормональную систему, снижая продукцию тестостерона у мужчин (Van Tiel, 1976; Lindholm et al., 1978) и экстрогена у женщин (Ryback, 1977). У мужчин-алкоголиков часто наблюдается сморщивание яичек и гинекомастия. К последствиям алкоголизма относятся также поражение печени и нервной системы, сниженная сопротивляемость инфекции и недостаточность питания; каждый из этих факторов может создать биологическою основу для нарушения половых функций. Кроме того, алкоголизм порождает такие психологические явления, как страх неудачи и осуждение, конфликты между супругами, низкая самооценка, чувство вины и депрессия.

Даже если алкоголик совершенно бросает пить, нет гарантии, что его половые проблемы в результате исчезнут. Примерно в половине случаев эти проблемы продолжают существовать, и для их разрешения необходимо обращаться к специалистам.

Протезирование полового члена

В тех случаях, когда травма или заболевание приводят к полной неспособности к эрекции, половую функцию удается значительной мере восстановить, используя разного рода механические приспособления, которые имплантируют в половой член с помощью хирургических методов. Создаваемая этими протезами эрекция достаточна для того, чтобы совершить половой акт, однако они не восстанавливают чувствительность полового члена и нормальную эякуляцию, утраченные вследствие органических причин.

Разработано два основных типа таких протезов. Самые простые представляют собой пару полужестких стержней, имплантируемых в тело полового члена. Первоначально они имели тот серьезный недостаток, что постоянно поддерживали половой член в состоянии частичной эрекции. В настоящее время создано несколько усовершенствованных вариантов протеза этого типа: в одни вставлена гибкая серебряная проволока, другие снабжены петлей, и это позволяет частично эрегированный член оттянуть вниз, к внутренней поверхности бедра; в результате, когда мужчина одет, особых проблем не возникает.

Существуют также гидравлические протезы, более сложные и дорогие, но как внешне, так и функционально лучше имитирующие натуру (рис. 22.1); их также имплантируют хирургическим путем. Гидравлический протез состоит из двух сходящих на конус полых цилиндров, вводимых в половой член; цилиндры соединены трубками с резервуаром, имплантированным в нижнюю часть брюшной стенки. При сжимании пальцами небольшого насоса с клапаном, помещенного в мошонку, жидкость из резервуара поступает в цилиндры, вызывая эрекцию, не отличающуюся на вид от естественной. Если отпустить клапан, то жидкость из цилиндров возвращается в резервуар (а половой член вновь становится вялым).

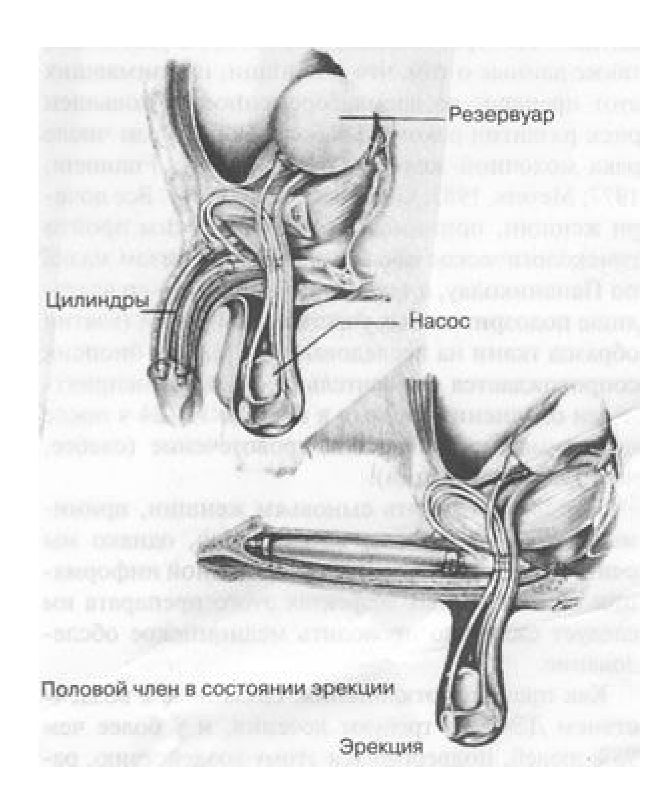


Рис. 22.1 Гидравлический протез для полового члена

Все эти приспособления могут показаться мужчине или его партнерше слишком искусственными; в некоторых случаях это ощущение оказывается настолько сильным, что мужчина использует их после операции лишь несколько раз (Renshaw, 1977). Однако многим мужчинам, оказавшимся в "безнадежном" положении, протезы позволяют восстановить чувство мужского достоинства и значительно повысить уважение к самому себе. В настоящее время протезирование полового члена применяют при нарушениях эрекции, возникших вследствие травмы спинного мозга, сахарного диабета, рассеянного склероза и других неврологических заболеваний, а также при импотенции, вызванной необратимыми сосудистыми изменениями.

К сожалению, при протезировании полового члена возникают свои проблемы. По данным исследований, у 40% мужчин с имплантированными гидравлическими протезами, отмечаются осложнения, в том числе инфекции и механические неполадки, так что во многих случаях приходится удалять протез или проводить повторную имплантацию (Apte, Gregory, Purcell, 1984; Fallon, Rosenberg, Gulp, 1984; Joseph, Bruskewitz, Benson, 1984). Хотя при протезировании полужесткими стержнями осложнения наблюдаются гораздо реже, совершенно ясно, что и эту операцию никак нельзя считать таким простым решением, каким она представляется большинству мужчин.

СЕКСУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПСИХИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Расстройства настроения

Расстройства настроения, называемые также аффективными расстройствами, характеризуются длительными периодами эмоциональных нарушений, оказывающих влияние на все стороны жизни человека. Эти нарушения принимают форму либо депрессии, либо возбуждения (эйфории или мании), или же периоды депрессии чередуются с периодами возбуждения. Последнюю форму по традиции называют маниакально-депрессивным психозом, однако теперь ее обозначают как биполярный психоз, а депрессию, не сменяющуюся периодическими маниакальными состояниями, - как униполярный психоз.

Для депрессии характерны подавленность (иногда описываемая как печаль, безысходность, уныние) и/или утрата интереса ко всем или почти всем обычным занятиям. Самые типичные симптомы - потеря аппетита, похудание, нарушения сна, вялость, ощущение собственной никчемности, крайне выраженное или необоснованное чувство вины; человеку становится трудно логически рассуждать или сосредоточиться, его постоянно преследуют мысли о смерти или самоубийстве (American Psychiatrie Association, 1987; Goodwin, Guze, 1989).

Основные признаки маниакального синдрома - постоянная неуместная эйфория, гиперактивность, "скачки идей" (быстрое, часто хаотическое перепрыгивание с одной мысли на другую). При развернутом

маниакальном психозе меняется характер речи: нормальная манера говорить уступает место быстрому, стремительному потоку слов, пересыпанному каламбурами, рифмованными фразами и шутками, а также весьма драматичными высказываниями. Такие люди мало спят и испытывают сильное беспокойство; им очень трудно усидеть на месте или слушать, не перебивая кого-то другого; они невероятно самоуверены и дают другим людям советы по вопросам, в которых сами малокомпетентны, например как достичь мира во всем мире или как управлять пятизвездным отелем. В то же время они часто затевают, а затем бросают, честолюбивые проекты, для реализации которых у них нет ни знаний, ни способностей. Главные отличительные признаки таких действий - грандиозность, импульсивность и полная неорганизованность; эти черты свойственны и всему остальному поведению больного, которое отличается поспешностью и необдуманностью - безудержные покупки, бесшабашная езда на машине или внезапный отказ от работы.

Расстройства настроения относятся к числу наиболее распространенных психических нарушений, причем по данным большей части исследований, они чаще наблюдаются у женщин, чем у мужчин. В США страдают депрессией примерно 5% взрослого населения (Myers, Weissman, Tischler, 1984; Fishman, 1990). Риск возникновения в какой-то момент жизни человека расстройства настроения составляет по оценкам 12% для мужчин и 20% для женщин (Wing, Bebbington, 1985). Маниакальный синдром встречается гораздо реже, чем депрессия, но оба состояния обычно рецидивируют. Примерно у 70% людей, перенесших депрессию в тяжелой форме, в течение жизни возникает по крайней мере еще один приступ депрессии, а у 12% - последующие эпизоды мании (US Public Health Service, 1986).

Воздействие, оказываемое расстройствами настроения на половую функцию, весьма разнообразно. Большинство людей, страдающих депрессией, ощущают заметное снижение полового влечения, но явная половая дисфункция типа нарушения эрекции или аноргазмии наблюдается менее чем в трети случаев (Tamburello, Seppecher, 1977; Kolodny, Masters, Johnson, 1979). При хронической депрессии сексуальное влечение обычно подавлено (Kaplan, 1983) и утрачивается способность получить удовольствие от сексуальных фантазий (Woods, 1981). Как мы уже писали (Kolodny, Masters, Johnson, 1979):

> "У страдающих депрессией сексуальные фантазии или мысли о сексе возникают, как правило, редко; обычно у них отмечается также значительное снижение инициативного сексуального поведения, хотя на сексуальную реактивность депрессия влияет несколько слабее. Механизмы полового возбуждения (эрекция у мужчины и увлажнение влагалища у женщины) чаще не нарушаются, однако нередко депрессия оказывает отрицательное воздействие на восприятие собственного полового возбуждения."

Если в результате депрессии возникает истинная половая дисфункция, она иногда бывает замаскирована другими болезненными проявлениями. В одном случае 42-летний женатый мужчина, страдающий депрессией, прекратил практически все взаимоотношения с женой вплоть до того, что не садился с ней за один стол и ел в одиночестве; лишь спустя много месяцев выяснилось, что он обрек себя на такую изоляцию отчасти из чувства вины, причиной которого было нарушение эрекции, возникающее как один из симптомов депрессии (из картотеки авторов). Поскольку депрессия у одного из партнеров несомненно влияет на многие аспекты интимных отношений, неудивительно, что она может препятствовать сексуальным контактам.

Изредка на почве депрессии развиваются такие половые извращения, как кровосмешение, педофилия или эксгибиционизм. А в некоторых случаях люди, страдающие депрессией, могут завести связь на стороне, чтобы поднять свое настроение и стимулировать половую активность.

Маниакальный синдром оказывает на половое поведение многостороннее воздействие, однако главное его проявление состоит в том, что половое поведение становится крайне импульсивным. Периоды маниакального состояния (их длительность обычно несколько недель или месяцев) часто сопровождаются гиперсексуальностью (Tsuang, 1975). Принятые сексуальные и социальные запреты слабеют или отвергаются, больные, как мужчины, так и женщины, внезапно (и в совершенно несвойственной им манере) вступают в половые сношения с многочисленными партнерами, в том числе с абсолютно незнакомыми людьми, о чем свидетельствуют следующие примеры:

Случай 1. 28-летняя замужняя женщина, счетовод по профессии, в прошлом прошедшая лечение в психиатрической клинике по поводу эпизодов мании и депрессии, спорадически возникавших у нее в возрасте 20-23 лет, в один прекрасный день позвонила своему мужу с работы и объявила, что она сняла все деньги с их общего счета и уезжает с друзьями на Западное побережье. Прилетев из Бостона в Лос-Анджелес, она внезапно села на другой самолет и отправилась в Лас-Вегас. За проведенные там четверо суток она переспала с семью разными мужчинами, встретившимися в отеле у стойки бара, причем с последними двумя это был "секс втроем" по ее настоянию.

Случай 2. 32-летнюю преподавательницу социологии отвезли к психиатру после того, как она неожиданно разделась на заседании факультета и начала мастурбировать. Психиатр обнаружил, что она отменила все свои занятия за прошедшие несколько недель и разбазарила 25 тысяч долларов из полученного ею в начале семестра фанта на исследовательскую работу. Диагноз маниакального синдрома был поставлен сразу.

Находясь в больнице, пациенты с маниакальным синдромом нередко будоражат все отделение подобными публичными скандальными демонстрациями или попытками совершить половой акт с другими пациентами или больничным персоналом. Кроме того, гиперсексуальность, вызванная маниакальным состоянием, может проявляться в отчаянных поисках половых партнеров, назойливом сексуальном поведении (Woods, 1981) или в таких формах половой активности, которыми они никогда прежде не занимались (включая бисексуальность, гомосексуализм или групповой секс).

Для лечения маниакального синдрома часто применяют карбонат лития. Этот препарат обычно купирует маниакальный приступ и предупреждает рецидивы, однако у мужчин он иногда приводит к нарушениям половой функции, в том числе к расстройствам эрекции и ослаблению полового влечения (Blay, Ferraz, Calil, 1982). Одной из причин этого может быть снижение уровня тестостерона в крови, вызываемое литием (Sanchez et al., 1976). Данные об отрицательном воздействии лития на половые функции женщин отсутствуют.

Для лечения депрессии используют ряд лекарственных препаратов, часто в сочетании с программой когнитивной психотерапии (Goodwin, Guze, 1989). Практически все антидепрессанты оказывают отрицательное действие на половую функцию у небольшой части больных, как мужчин, так и женщин (Kolodny, Masters, Johnson, 1979; Segraves et al., 1988; Jam, Wise, 1988). У мужчин чаще всего наблюдается подавление эякуляции, а у женщин - подавление оргазма. Однако практически воздействие антидепрессантов на половые функции в общем бывает благотворным, так как они восстанавливают интерес человека к сексу до прежнего уровня. Кроме того, в тех случаях, когда причиной нарушения половой функции была депрессия, нередко после ее устранения половая функция возвращается к норме.

Анорексия и булимия

Анорексия (отказ от приема пищи) и булимия (патологическое резкое усиление чувства голода) - расстройства питания, характеризующиеся извращенными представлениями о собственном теле и навязчиво-компульсивным поведением, сосредоточенном на пище и еде. Оба состояния обычно возникают в подростковом возрасте или ранней юности, причем чаще у женщин, чем у мужчин (American Psychiatric Association, 1987). Появляется все больше сведений о том, что в последние десятилетия частота и анорексии, и булимии возросла; особенно обострилась проблема булимии в кампусах колледжей в США, где, по данным некоторых исследований, более 10% студенток едят чересчур много, перенимая эту манеру друг у друга (Thompson, Schwartz, 1981; Pope et al., 1984; Johnson, Connors, 1987). Вероятно, повышение частоты этих двух нарушений нормального питания частично отражает то значение, которое придается в нашем обществе худобе как непременному атрибуту привлекательности (N. Kolodny, 1987).

Главными признаками анорексии служат: 1) прогрессирующая потеря веса вплоть до того, что человек весит на 15% меньше нормы для своего возраста и роста (или в период роста организма не набирает нужный вес); 2) отвращение к пище (часто в сочетании с постоянными мыслями о еде); 3) панический страх набрать вес или пополнеть, даже если больной так истощен, что похож на скелет; 4) извращенное представление о собственном теле, при котором истощенный человек "чувствует себя толстым"; 5) прекращение менструаций у женщин (American Psychiatric Assotiation, 1987; Goodwin, Guze, 1989). Хотя это расстройство и излечимо, иногда оно приводит к смерти и часто требует госпитализации.

Причина анорексии неизвестна, однако многие рассматривают ее как одну из форм неприятия наступления половой зрелости (Goodwin, Guze, 1989). Согласно другим теориям, отказ от пищи выражает нежелание женщины забеременеть (Halmi, 1985) или отражает сексуальную и социальную напряженность, характерную для периода полового созревания (Crisp, 1967).

Резкое ограничение потребления пищи при анорексии кончается тем, что половая система женщины перестает функционировать. Возможна задержка начала менструаций (если менструации у нее еще не наступили) или же - при сильном снижении веса тела - они прекращаются; в основе этого эффекта лежит подавление продукции лютеинизирующего и фолликулостимулирующего гормонов (Copeland, 1985). Из-за нарушения функции яичников (при анорексии продукция эстрогенов обычно не превышает препубертатного уровня), часто задерживается развитие молочных желез, вследствие чего грудь у больной анорексией уплощается и выглядит менее вызывающе-сексуальной. Сходным образом у мужчин при анорексии понижается уровень тестостерона и задерживается развитие таких вторичных половых признаков, как волосяной покров лица и изменение тембра голоса.

Как правило, женщины, страдающие анорексией, почти не проявляют интереса к сексу; более того, во многих случаях они его, очевидно, боятся. Они избегают свиданий с молодыми людьми, не мастурбируют и не хотят расставаться со своей девственностью, весьма драгоценной для них. Подростки, у которых возникает анорексия, характеризуется обычно застенчивостью и замкнутостью, а также ребячливостью в поведении и общении с другими людьми. В некоторых случаях анорексия развивается в результате случившегося ранее изнасилования или попытки изнасилования (Goldfarb, 1987; Schecter, Schwartz, Greenfeld, 1987). Даже

замужние взрослые женщины, больные анорексией, обычно избегают половых сношений, и у многих из них развиваются такие половые расстройства, как первичная аноргазмия или вагинизм (Renshaw, 1990).

Для булимии характерна беспорядочная еда - поглощение больших количеств пищи за сравнительно небольшой промежуток времени (обычно менее, чем за два часа), после чего женщина старается вызвать у себя рвоту или принимает большие дозы слабительных или мочегонных средств. Эти пиршества, которые обычно планируются, как правило, состоят в быстром поедании высококалорийной пищи и массы сладостей - мороженого, пончиков, пирожных или шоколада, причем человек съедает все это в одиночестве, жадно заглатывая плохо прожеванную пищу. Во время такого приступа обжорства больная чувствует, что не в силах сдерживать себя, и боится, что не сможет прекратить есть. Сразу после трапезы она часто впадает в депрессию и испытывает чувство вины. Иногда между такими приступами возникают периоды анорексии; однако чаще женщина, страдающая булимией, будучи озабочена своим весом, пытается соблюдать различные диеты и ежедневно проделывает упражнения для похудания.

При булимии, в отличие от анорексии, женщины бывают общительны и сексуально активны с ранних лет (Hazard, 1985; Johnson, Connors, 1987; Haimes, Katz, 1988). Однако, как подчеркивает Реншоу (Renshaw, 1990), у больных булимией относительно часто наблюдаются половая дисфункция и подавление полового влечения; многие из них занимаются мастурбированием, после чего испытывают чувство вины, и это в целом, по мнению Реншоу, "удивительно напоминает цикл обжорство-чувство вины-очищение". Вместе с тем некоторые женщины, страдающие булимией, ведут вполне благополучную половую жизнь; поэтому было бы неверным считать, что булимия автоматически ведет к нарушениям сексуальных функций.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЕЩЕСТВА И СЕКС

Многие века люди упорно ищут афродизиаки - вещества, которые усиливали бы сексуальные возможности или сексуальное влечение. В длинном списке средств, которым приписывали такое воздействие, значатся устрицы, корень женьшеня, порошок из рога носорогов, семенники разных животных и черепашьи яйца, однако нет никаких доказательств, что они действительно оказывают влияние на сексуальные функции. "Шпанская мушка", самый знаменитый из предполагаемых афродизиаков, изготовлялся из жуков, обитающих на юге Европы. Жуков размалывали в порошок и принимали внутрь; это вызывало раздражение мочевого пузыря и мочеиспускательного канала и способно было вызвать образование язв, понос и даже привести к смерти. Ощущение жжения в половом члене, создаваемое разражением мочеиспускательного канала, воспринималось некоторыми мужчинами как вожделение.

В отличие от предполагаемых афродизиаков некоторые лекарственные препараты и наркотические вещества действительно обладают специфическим воздействием на сексуальность.

Лекарственные препараты, приобретаемые по рецепту врача

Многие препараты, используемые при артериальной гипертонии, оказывают неблагоприятное действие на половые функции мужчин и женщин. Например, метилдофа (альдомет) чаще других применяемый для снижения кровяного давления, в низких дозах приводит к нарушениям эрекции у 10-15% мужчин, а в высоких - почти у 50% (Kolodny, 1978a). У женщин этот препарат вызывает снижение полового влечения и нарушение полового возбуждения примерно в такой же зависимости от дозы. Другого рода проблемы создает исмелин (окадин): он подавляет эякуляцию более чем у половины принимающих его мужчин. Обычно через 1-2 недели после прекращения приема исмелина это нарушение исчезает, хотя в некоторых случаях сохраняется уже из-за того, что человек продолжает волноваться по этому поводу. К счастью, имеется много других лекарственных средств, используемых для лечения артериальной гипертонии. Некоторые из них оказывают на половые функции слабое побочное действие, но почти во всех случаях можно подобрать такую комбинацию, которая, не затрагивая половую функцию, эффективно снижает кровяное давление (Croog et al., 1988).

Транквилизаторы, такие, как хлордиазепоксид и седуксен (диазепам), иногда вызывают нарушение эрекции, аноргазмию или ослабление полового влечения, однако в других случаях они оказывают благотворное действие, уменьшая чувство тревоги, связанное с сексом. Барбитураты и близкие к ним препараты, в частности метаквалон, тоже, по-видимому, способны отрицательно влиять на половую функцию (Gay et al., 1975; Bush, 1986), хотя расхожее мнение приписывает метаквалону свойства афродизиака. По нашим данным, метаквалон временно снимает действие ряда факторов, подавляющих сексуальную активность; это и было истолковано как "стимулирующий" эффект препарата на половую функцию. Однако, как подтверждают многие из тех, кто постоянно принимает метаквалон, он одновременно подавляет фунцию нервной системы, а потому в конечном счете может нарушить половую активность (Gay et al., 1975).

Антигистаминные препараты, применяемые при аллергиях и простуде, могут влиять на сексуальность двумя путями. Во-первых, они оказывают такой побочный эффект, как сонливость, которая вряд ли может

благотворно сказаться на сексуальной активности. Во-вторых, у женщин эти препараты часто понижают увлажнение влагалища, что в некоторых случаях делает половое сношение болезненным.

Спиртные напитки, наркотики и некоторые другие вещества СПИРТНЫЕ НАПИТКИ

Воздействие спиртных напитков на сексуальность волновало людей во все времена. В "Макбете" Шекспир утверждал, что они "вызывают желание, но устраняют исполнение (действие 2, сцена 3, строка 34), и, как показывают современные исследования, был совершенно прав. В одной работе студентам колледжа во время просмотра эротического фильма, давали три различные дозы алкоголя (Farkan, Rosen, 1976). Оказалось, что в малых дозах (не вызывающих опьянения) алкоголь подавлял эрекцию. В аналогичных исследованиях, проведенных на женщинах, показано, что и у них алкоголь отрицательно влияет на физиологические проявления полового возбуждения (Wilson, Lawson, 1976, 1978). Установлено также, что алкоголь снижает эффективность мастурбирования и уменьшает интенсивность оргазма и получаемое при этом удовольствие у мужчин (Malatesta, 1979). Даже небольшие дозы алкоголя затрудняют достижение оргазма у женщин (Malatesta et al., 1982).

Несмотря на то что даже две-три рюмки спиртного вызывают физическую заторможенность (в результате угнетающего действия на нервную систему), большинство людей полагает, что алкоголь повышает их сексуальную реактивность. Это отчасти объясняется тем, что алкоголь "расковывает": он ослабляет привычные сексуальные запреты, что способствует проявлению сексуального влечения (Crowe, George, 1989). Представление о том, что алкоголь усиливает сексуальную активность, порождаются также рекламой и распространенными мифами.

НАРКОТИКИ

Зависимость от наркотиков, таких, как героин или морфий, порождает множество сексуальных проблем (Cushman, 1973; Mintz et al., 1974; Cicero et al., 1975). Согласно одному обширному обследованию, из 162 наркоманов 48% страдали нарушением эрекции; 59% - задержкой эякуляции и 66% - пониженным интересом к сексу; из 85 обследованных наркоманок у 27% были обнаружены нарушения оргазма, а у 58% - пониженный интерес к сексу (Kolodny, 1983a). Однако такого рода данные нельзя интерпретировать, потому что к наркотикам иногда прибегают ради того, чтобы справиться с уже имеющимися сексуальными проблемами или используют их в качестве замены сексу. Такие факторы, как гормональные нарушения (Azizi et al., 1973; Santen et al., 1975; Mirin et al., 1980), инфекции и недостаточное питание, связанные со злоупотреблением наркотиками, тоже способствуют развитию половых расстройств.

У наркоманов часто возникают и другие проблемы, осложняющие их половую жизнь. Розенба-ум (Rosenbaum, 1981) отмечает, что 1) партнеры наркоманок обычно тоже злоупотребляют наркотиками; 2) многие наркоманы считают, что укол героина в вену доставляет гораздо больше острого наслаждения и притом получить его гораздо легче, чем достигнуть оргазма (многие бывшие наркоманы утверждают, что ощущение от укола подобно десяткам оргазмов, слитым воедино); 3) чувственное наслаждение и ощущение партнерства, сопровождающие использование наркотиков, заменяют аналогичные ощущения, испытываемые при половом акте. Кроме того, поскольку большинство наркоманок вынуждены заниматься проституцией, чтобы добыть денег на оплату наркотиков, неудивительно, что секс становится для них менее привлекательным.

АМФЕТАМИНЫ И КОКАИН

Считается, что амфетамины в небольших дозах усиливают сексуальную реактивность, но в высоких дозах или при длительном употреблении оказывают противоположное действие.

Кокаин ("снежок") по обывательским представлениям сильно стимулирует половую активность, однако в ряде исследований приводятся данные о половых расстройствах, связанных с его использованием (Gay et al., 1975; Bush, 1980; Cocores, Dackis, Gold, 1986). Колодни (Kolodny, 1983) обнаружил, что у 17% из 168 обследованных им кокаинистов бывали случаи нарушения эрекции, а 4% испытали, по крайней мере один раз, приапизм (длительная болезненная эрекция) во время или непосредственно после употребления кокаина. Имеются также сообщения о затруднениях эрекции, связанных с этим наркотиком (Wesson, 1982), а также о том, что постоянное курение "свободного основания" кокаина определенно (20 человек из 23 обследованных) ведет к потере интереса к сексу и к ситуационной импотенции (Siegel, 1982). Кроме того, недавно появилась сильно действующая форма кокаина ("крэк"), очень быстро создающая зависимость. В одном обследовании было установлено, что из 60 мужчин, употребляющих крэк, более двух третей стали импотентами, а 23 женщины из 30 сообщали об ослаблении интереса к сексу и о снижении сексуальной реактивности (Kolodny, 1987). В другой работе (Washton, 1989) отмечено следующее:

> В какой-то момент у всех хронических наркоманов, использующих кокаин в высоких дозах,

> возникает половая дисфункция (т.е. импотенция или аноргаз-мия). Однако, несмотря на физическую неспособность к осуществлению половой функции, многие хронические наркоманы считают, что кокаин продолжает подстегивать их сексуальные ощущения и фантазии, и элементы сексуального поведения у них сохраняются. Но на этой стадии их половое возбуждение и стимулирование низведено на уровень чисто ментального (психологического) переживания.

Когда пристрастие к крэку вынуждает женщин расплачиваться за наркотик сексуальными услугами, им нередко приходится для удовлетворения своей потребности в нем принимать по несколько клиентов в день (Macdonald et al., 1988; Fullilove, Fillilove, 1990). Отчасти по этой причине наблюдаемый в последние годы резкий скачок заболеваемости БППП связывают с употреблением крэка (Goldsmith, 1988; Chaisson et al., 1990). Имеются также данные (Washton, 1989), что от этого наркотика одновременно развивается гиперсексуальность (см. с. 591).

Использование кокаина для стимулирования половой активности представляет интерес и по другим причинам. Во-первых, многие кокаинисты считают, что втирание кокаина в кончик клитора обостряет сексуальную чувствительность и возбудимость, однако едва ли это так, поскольку, как известно, кокаин применяют в медицине для местного обезболивания, т.е. для подавления чувствительности нервных окончаний. Продолжающееся употребление кокаина в качестве стимулятора может служить примером того, как велико влияние наших ожиданий на интерпретацию наших ощущений.

Во-вторых, кокаин явно облегчает сексуальные контакты в социальном отношении. Когда мужчина предлагает женщине кокаин (и наоборот), это обычно имеет сексуальный подтекст. Как отмечает Колодни (1985):

> Во всех браках для холостяков и незамужних женщин и в среде экономически благополучных свободных от семейных уз людей кокаин широко доступен и буквально открывает дорогу к сексу для многих мужчин, а для многих женщин служит оправданием "мимолетного секса" с едва знакомыми мужчинами, вряд ли возможного при других обстоятельствах.

МАРИХУАНА

Принято считать, что марихуана ("травка") усиливает сексуальные ощущения. При проведенных нами опросах, в которых участвовали 1000 мужчин и женщин в возрасте от 18 до 35 лет, 83% мужчин и 81% женщин ответили, что половой акт в сочетании с курением марихуаны усиливает удовольствие (Kolodny, Masters, Johnson, 1979). При этом большинство из них не считали, что марихуана повышает половое влечение, ускоряет достижение полового возбуждения или усиливает оргазм. Зато, по их мнению, она делает все тело более чувствительным к прикосновениям, позволяет сильнее расслабиться как психически, так и физиологически, и достигнуть большего взаимопонимания с партнером. Все эти суждения крайне субъективны и их невозможно подвергнуть экспериментальной проверке. Однако другие исследователи приводят в общем сходные данные. Например, в одной работе (Halikas, Weller, Morse, 1982) собраны впечатления мужчин и женщин, употребляющих марихуану: большинство из них отмечает усиление чувствительности к прикосновению и большую физическую близость с партнером.

В ситуациях, не связанных с сексом, установлено, что курение марихуаны либо не влияет на чувствительность к прикосновению, либо понижает (а не повышает!) ее (Morse, 1977). Имеется также немало данных об ослаблении рефлекторных реакций под действием марихуаны (Klonoff, 1974; Manno et al., 1974; Jones, 1976; Jane, 1980). Некоторые потребители марихуаны сообщают, что в тех случаях, когда во время полового акта лишь один из партнеров находится в состоянии наркотического опьянения, его сексуальные ощущения неприятны (из-за несовпадения по фазе?); это также свидетельствует о значительной доле субъективности в оценках воздействия марихуаны.

Заслуживают внимания и некоторые другие данные. У 20% мужчин, ежедневно курящих марихуану, было отмечено нарушение эрекции, хотя у женщин связи между марихуаной и половыми расстройствами не наблюдалось (Kolodny, 1981). Однако некоторые женщины сообщают, что марихуана вызывает у них преходящую сухость влагалища, из-за чего половой акт становится иногда болезненным. Кроме того, при злоупотреблении марихуаной отмечается понижение продукции тестостерона (Collu et al., 1975; Harmon et al., 1976; Smith et al., 1976; Kolodny et al., 1974, 1976, 1979) и нарушение сперматогенеза (Kolodny et al., 1974; Hembree, Zeidenberg, Nahas, 1976)1. Хотя после отказа от марихуаны эти нарушения исчезают, они иногда способствуют возникновению половых проблем. В одном обследовании женщин, использовавших марихуану длительно и часто, обнаружены нарушения менструального и гормонального циклов, однако никаких отрицательных воздействий на половую функцию при этом не отмечалось (Bauman et al., 1979).

В одном тщательно сканированном исследовании было установлено, что ежедневное курение марихуаны в течение трех недель при контролируемых условиях не снижало уровень тестостерона у мужчин (Mendelson et al., 1974). Однако аналогичное исследование, проведенное с соблюдением тех же контролируемых условий, но продолжавшееся в течение трех месяцев, показало, что снижение тестостерона начинает проявляться лишь спустя 5-6 недель (Kolodny, Masters, Johnson, 1979, рис. 13.2).

АНАБОЛИЧЕСКИЕ СТЕРОИДЫ

Анаболические стероиды представляют собой синтетические формы тестостерона, обладающие лишь слабым маскулинизирующим действием, но значительно большим анаболическим (усиливающим рост) эффектом. Эти гормональные препараты с успехом применяются в медицине (например, при лечении остеопороза, эндометриоза, рака молочной железы и некоторых видов анемии), однако громкую известность они приобрели в связи с их широким противозаконным использованием спортсменами. Благодаря своим анаболическим свойствам эти стероиды усиливают включение содержащегося в белковой пище азота в мышечную ткань; поэтому спортсмены (футболисты, борцы, тяжелоатлеты, культуристы, легкоатлеты) обычно используют его для наращивания мускулатуры. Между тем до сих пор точно не установлено, действительно ли анаболические стероиды повышают силу или скорость или же каким-то другим способом улучшают спортивные качества (Wilson, 1988). Применение анаболических стероидов на протяжении многих лет оставалось "самым мрачным и самым большим секретом спортсменов" (Hallagan, Hallagan, Snyder, 1989), пока внимание всего мира не привлекла к себе дисквалификация победителя Олимпийских игр 1988 г. в 100-метровом прыжке спринтера Бена Джонсона, признавшегося, что на тренировках он принимал анаболические стероиды (Washington Post, June 13, 1989, p. El). Однако вряд ли эти препараты принимают только спортсмены мирового класса: по данным обследования, из 3403 американских мальчиков - выпускников средних школ (в том числе частных) 6,6% используют анаболические стероиды, причем две трети из них начали делать это в 16 лет или раньше (Buckley et al., 1988). По результатам другого обследования, в старших классах средних школ девочки наряду с мальчиками тоже принимают эти гормоны; при этом 1% девочек сообщили, что они пользовались стероидами, чтобы добиться успехов в спорте (Newman, 1986). Среди спортсменов - студентов колледжей прием анаболических стероидов распространен гораздо шире и сопряжен с большим риском, так как нередко используются более высокие дозы и два-три препарата одновременно.

Анаболические стероиды обладают рядом нежелательных и вредных побочных эффектов. В большинстве случаев выраженность и частота проявления этих эффектов зависит от дозы препарата (Oilman, Goodman, Oilman, 1988). Спортсмены, приобретающие стероиды на черном рынке, нередко принимают их в дозах, которые в 10-50 раз выше терапевтических; неудивительно, что и частота побочных эффектов при этом гораздо выше, чем при терапевтическом использовании этих веществ. Как мужчины, так и женщины подвергают риску свою печень (ятрогенный гепатит, желтуха, опухоли), возможно также повышение кровяного давления, нарушения эндокринной и репродуктивной систем. У женщин появляются признаки маскулинизации, самые заметные из которых - рост волос на лице и теле, плешивость мужского типа и увеличение клитора; кроме того, нарушается менструальный цикл, прекращается или задерживается овуляция. У мужчин анаболические стероиды резко снижают содержание тестостерона в крови (слабое андрогенное действие анаболиков оказывается достаточным для подавления активности гипофиза, гормоны которого стимулируют продукцию тестостерона) и вызывают сморщивание яичек. Длительный прием этих стероидов серьезно нарушает сперматогенез, причем прекращение приема не всегда позволяет устранить возникшую стерильность (Lamb, 1984; Wilson, 1988). Другой часто наблюдаемый побочный эффект - гинекомастия (увеличение молочных желез у мужчин).

У многих спортсменов, принимающих анаболические стероиды в высоких дозах, наблюдаются ослабление полового влечения и нарушения эрекции (как считается, в результате снижения продукции тестостерона), однако сами спортсмены готовы объяснять недостаточный интерес к сексу тем, что их "целиком поглощают тренировки", а о происходящих в их организме гормональных изменениях они и не подозревают. Проявляя относительно слабый интерес к сексу, они обычно замечают нарушение эрекции лишь спустя много месяцев после его возникновения.

Высокие дозы анаболических стероидов могут оказывать воздействие и на психику. Самое яркое проявление такого воздействия - повышенная агрессивность, но нередки также быстрые перепады настроения, а в одном исследовании у 12% лиц, использующих эти препараты, были обнаружены психотические симптомы (Pope, Katz, 1988). Высказывались предположения, что быстрые перепады настроения и агрессивность, вызываемые злоупотреблением анаболическими стероидами, могут иногда подтолкнуть спортсменов к изнасилованиям (Kolodny, 1990), однако проблема агрессивного поведения слишком сложна, так что не следует связывать ее только с эффектом этих препаратов.

Наконец, в тех случаях, когда анаболические стероиды вводят внутримышечно (а не принимают в виде таблеток), возникает повышенный риск заражения инфекционными заболеваниями, в том числе гепатитом и ВИЧ, вследствие использования общих игл (Sklark et al., 1984).

КОРОТКО О ВАЖНОМ

Секс и алкоголь. Физиологические эффекты

1. Острое действие

Мужчины. Очень низкие концентрации алкоголя в крови, по-видимому, немного усиливают эрекцию, однако после двух или трех рюмок крепких напитков эрекция несколько подавляется и эякуляция задерживается. При более высоком содержании в крови алкоголя многие мужчины неспособны к эякуляции и испытывают явные трудности, стараясь достигнуть эрекции или удержать ее.

Женщины. Очень низкие концентрации алкоголя в крови, по-видимому, слегка повышают сексуальную реактивность; однако при умеренных его концентрациях наблюдается замедление влагалищного кровотока, задержка наступления оргазма и ослабление его интенсивности. Высокие концентрации алкоголя в крови могут блокировать оргазмическую реакцию и нарушить увлажнение влагалища.

2. Хроническое действие

Мужчины. Постоянное злоупотребление спиртными напитками обычно снижает половое влечение и нарушает эрекцию, возможно, вследствие подавления секреции тестостерона.

Женщины. Постоянное злоупотребление спиртными напитками снижает интерес к сексу, затрудняет возникновение полового возбуждения и достижение оргазма. Механизмы этих реакций неясны.

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ

В отличие от БППП, некоторые другие инфекционные болезни, затрагивающие половые органы, обычно передаются независимо от полового акта. Эти болезни, которые могут быть переданы также и половым путем, сопровождаются неприятными симптомами, препятствующими сексуальному наслаждению, и порой доставляют много волнений. К счастью, самые обычные из этих заболеваний легко излечиваются и не угрожают серьезными осложнениями. Мы рассматриваем их здесь для того, чтобы опровергнуть представления об их связи с половой системой.

Цистит

У женщин цистит, или воспаление мочевого пузыря, тесно связан с половой активностью. Половое сношение ведет к повышению содержания бактерий в моче (Buckley, McGuckin, MacGregor, 1978), предположительно из-за направленного внутрь давления на мочеиспускательный канал во время фрикций. Длина мочеиспускательного канала у женщины короче (~2,5 см), чем у мужчины (обычно более 15 см), поэтому женщины гораздо чаще страдают циститом (бактериям приходится преодолевать более короткое расстояние).

К симптомам цистита относятся: жжение при мочеиспускании, частые мочеиспускания, мутная моча или моча с примесью крови, а также боли в низу живота. Диагноз можно поставить, исследуя образец мочи под микроскопом и высеяв культуру для определения видового состава бактерий. Для лечения часто назначают такие антибиотики широкого спектра действия, как тетрациклин или ампициллин.

Особая форма этого заболевания, так называемый дефлорационный цистит, может возникнуть либо в результате первого полового акта, либо после возобновления половой активности после длительного перерыва.

Синдром токсического шока

Синдром токсического шока (СТШ) впервые привлек к себе внимание в 1980 г., когда появилось большое число сообщений о нем как о серьезном, иногда смертельном, заболевании, поражающем здоровых менструирующих женщин, пользовавшихся тампонами. Название синдрому предложили в 1978 г. Тодд и его сотрудники, сообщившие о нескольких случаях развития этого состояния у детей; однако теперь установлено,

что они наблюдали редкую форму скарлатины, которая впервые была описана в 1927 г. (Stevens, 1927; Reingold, 1983).

Для СТШ характерны высокая температура, рвота, понос, мышечные боли и кожные поражения, напоминающие сильный солнечный ожог.

Часто отмечаются также обмороки, пониженное кровяное давление и головокружения. СТШ вызывается токсином, вырабатываемым золотистым стафилококком (Staphylococcus aureus), и возникает главным образом у менструирующих женщин, пользующихся тампонами. Большинство случаев, зарегистрированных в 1980 г., были связаны с употреблением тампонов Rely; впоследствии оказалось, что риск развития СТШ при использовании этих тампонов был в 11 раз выше, чем при использовании тампонов Playtex, в 28 раз выше в сравнении с тампонами OB, в 38 раз выше в сравнении с тампонами Kotex и в 77 раз - в сравнении с тампонами Tampax (Schlech et al., 1982). Считается, что степень риска зависит от способности тампонов к впитыванию влаги и от их химического состава, причем тампоны со слабой способностью к впитыванию гораздо менее опасны (Berkley et al., 1987). После того, как тампоны Rely были изъяты из продажи, число случаев СТШ, связанных с использованием тампонов, сократилось (Reingold et al., 1982), и к 1983 г. примерно 15% зарегистрированных случаев не имели отношения к менструации (Reingold et al., 1983) (рис. 22.2). В настоящее время ясно, что СТШ может возникать у мужчин и женщин всех возрастных групп, в том числе младенцев и пожилых людей, но группой наивысшего риска, по-видимому, все еще остаются женщины в возрасте до 25 лет, применяющие тампоны.

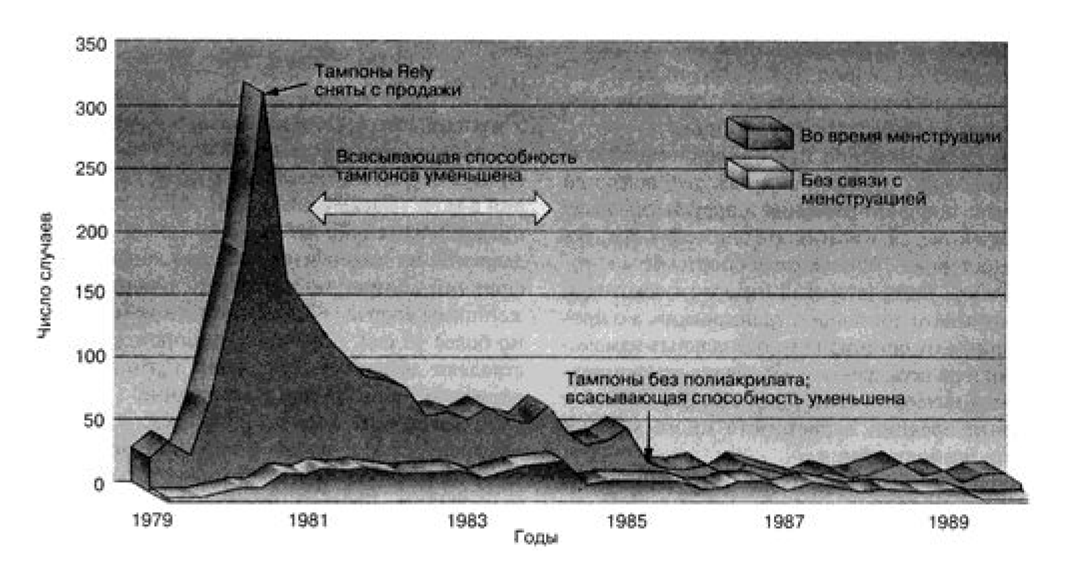


Рис. 22.2

Частота синдрома токсического шока в США (с 1 января 1979г. по 31 марта 1990г.; MMWR, 39:25, 1990)

Хотя женщины, пользующиеся тампонами, больше всех подвержены риску развития СТШ и хотя несколько случаев СТШ было связано также с употреблением противозачаточных губок и диафрагм, вероятность этого заболевания в общем весьма невелика. Риск СТШ можно еще больше понизить, предприняв некоторые профилактические меры: 1) полностью перейти на гигиенические салфетки или мини-прокладки; 2) чередовать применение тампонов и мини-прокладок или салфеток по несколько раз в день; 3) менять тампоны 3 раза в день. Если у женщины во время менструации появились симптомы, характерные для СТШ, ей следует немедленно обратиться к врачу, так как этот синдром прогрессирует очень быстро и в 4% случаев приводит к смертельному исходу. К счастью, при правильном лечении (включая госпитализацию) и интенсивной терапии с применением антибиотиков в наши дни СТШ представляет меньшую опасность, чем прежде.

Простатит

Простатит, или воспаление предстательной железы, может быть либо острым (бурно развивающимся), либо хроническим (длительным). Возбудителем простатита обычно бывает кишечная палочка (Escherihia co//), постоянно обитающая в кишечнике. Для острого простатита характерно повышение температуры, озноб, боли в промежности или прямой кишке, частое и болезненное мочеиспускание; нередко возникает также болезненность при эякуляции. Хронический простатит может протекать бессимптомно, хотя в ряде случаев наблюдаются боли в нижней части спины или неприятные ощущения в промежности. Высказывалось мнение, что хронический простатит вызывает преждевременную или кровянистую эякуляцию (Davis, Mininberg, 1976). Антибиотики обычно купируют острый простатит, но могут оказаться неэффективными при хронической форме заболевания.

ОТ ПЕРВОГО ЛИЦА

Секс и инвалидность

Для того, чтобы понять как сказывается тот или иной серьезный физический недостаток на сексуальности конкретного человека, недостаточно знания физиологии половой функции или даже медицинских аспектов данного недостатка. Приводимые ниже откровенные высказывания открывают нам глаза на другие аспекты инвалидности, которые могут оказаться неожиданными.



Начнем с рассказа Дона Смита о его переживаниях после травмы спинного мозга, сделавшей его инвалидом в 19 лет.

Долгое время я чувствовал себя бесполым, поскольку принято считать, что пол мужчины сосредоточен в половом члене, а я его не ощущал. Это подтверждало мое чувство бесполости; в то время я не мог себе даже представить, как это приятно, если кто-то лизнет тебе затылок или слегка погладит руку. Теперь-то я знаю, какое испытываешь наслаждение, когда тебе гладят руки, начиная с кистей и постепенно поднимаясь все выше к плечам.

Множество моих первых сексуальных контактов были лишь способом набраться опыта. Я хотел понять, что происходит и что мне нравится. С помощью двух действительно превосходных любовниц я познал собственное тело. Я научился достигать цели в своих любовных утехах. Я понял, что можно получать удовольствие без всякого полового акта. Когда я занимаюсь сексом, мне ничего не нужно делать со своими половыми органами; мне не надо спешить, не надо волноваться, я не боюсь неудачи. Это не значит, что всего этого нет, потому что все существует; и я хочу, чтобы оно продолжалось ради моей партнерши (Bullard, Knight, 1981, с. 16.)



О некоторых аспектах своих взаимоотношений с мужчинами рассказывает женщина с травмой спинного мозга:

Я часто задумываюсь над тем, каковы мотивы мужчин, которых я привлекаю в сексуальном плане. Некоторые из них стремятся выступать в роли заботливых покровителей, другие не могут найти себе здоровых партнерш (и полагают, что женщины-инвалиды также не могут найти партнеров). Третьих интересует сексуальное поведение физически неполноценных женщин и они надеются испытать нечто нетривиальное. Есть и такие мужчины, которым необходима "сильная женщина", чтобы можно было изливать ей свою душу и чувствовать в ней опору, или же, напротив, женщина, находящаяся в полной зависимости от них. Я не собираюсь делать обобщения о всем мужском роде, однако я считаю, что женщинам-инвалидам следует быть крайне осторожными при выборе партнеров.

Многие из моих связей переходили в прочные привязанности с сексуальными аспектами, но были и "романы", увлечения, мимолетные связи и т.п. За годы половой жизни у меня было несколько партнеров, в том числе три длительных связи, а также одна связь с лесбиянкой (Becker, 1978).

Рассказ 25-летней женщины с корковым параличом:

Когда я была подростком, я безумно завидовала красивым здоровым женщинам, которых видела по телевизору и в кино. Я считала, что секс существует для них, но не для меня, и приходила в отчаяние, зная, что никогда не смогу иметь детей. В сущности, я смирилась с мыслью, что у меня никогда не будет мужа и на всю жизнь я останусь одинокой.

К счастью, в 12-13 лет я научилась мастурбировать. Я придумала, как сделать так, чтобы резиновая трубка, прикрепленная к крану ванны, доходила бы до моих гениталий, и очень скоро стала с нетерпением ожидать купанья по причинам, не имеющим никакого отношения к гигиене. Почти электризующее, трепетное ощущение сексуального возбуждения начинало нарастать у меня задолго до того, как подходило время принимать ванну, а внезапная волна приближающейся разрядки была чистым наслаждением. Даже теперь, спустя годы, я все еще испытываю волнение, вспоминая об этом изумительном способе стимуляции, которую я проводила самостоятельно или при участии партнера. Самым же главным было то, что, открыв для себя радости, которые приносит мастурбация, я поняла, что я - существо сексуальное и вправе испытывать эти чувства. (Из картотеки авторов.)

И, наконец, высказывания мужчины, вспоминающего, как он себя чувствовал после травмы спинного мозга, приведшей к квадриплегии, когда ему было 16 лет:

На протяжении нескольких лет я чувствовал себя евнухом. Меня посещали многие женщины, с которыми я встречался до того, как сломал шею, но теперь между нами не происходило ничего, имеющего отношение к сексу. Я про себя упрекал их в том, что они не дают мне шанса, что они относятся ко мне так, будто я совершенно не нуждаюсь ни в каких сексуальных отношениях, не стремлюсь и даже не способен к ним. Теперь я понимаю, что я вел себя неправильно, никак не показывая, что нуждаюсь в таких отношениях, хотел их или был к ним способен. Просто-напросто я панически боялся. Я не знал, на что я способен, могу ли я доставлять или испытывать удовольствие и уж конечно не хотел показаться придурком, пытаясь выяснить все это или, что еще хуже, обнаружить, что я ни на что не способен и в конечном счете оказаться отвергнутым.

Те годы, которые я провел как евнух, доставили мне много мучений. Помню, я решил, что если по-настоящему влюблюсь в кого-то, то прерву отношения, потому что, как мне казалось, я не мог бы никого сделать действительно счастливым (Bullard, Knigth, 1981.)

Все эти идущие из глубины души признания свидетельствуют не просто об интересе инвалидов к сексу, но и об их способности к реализации сексуальных чувств и отношений. Созданный ошибочными, предвзятыми представлениями физически здорового общества асексуальный образ этих людей равносилен отрицанию их человеческой сущности.

ВЫВОДЫ

1. Существует ряд мифических представлений о половой жизни инвалидов, которые препятствуют свободному проявлению сексуальных потребностей этих людей. В последние годы таким мифам противопоставляется все более глубокое понимание того, что инвалидность вовсе не означает отсутствие у человека сексуальных желаний, и признается, что многие проявления сексуальности возможны даже в тех случаях, когда инвалидность частично нарушает половые функции.

2. Несмотря на то, что травмы спинного мозга обычно создают значительные сексуальные проблемы (в том числе нарушения эрекции и эякуляции у мужчин, недостаточное увлажнение влагалища и аноргазмию у женщин) и приводят к потере чувствительности гениталий, многие люди с такими травмами способны к половой активности. Помимо различных форм интимных отношений, не связанных с коитусом (орально-генитальный секс, массаж и ласки), некоторые мужчины с травмами спинного мозга способны совершить половой акт путем "мягкого введения", а другие - с помощью протезов, имплантируемых в половой член.

3. Слепым или глухим от рождения бывает трудно приобщиться к половой жизни. Хотя их недуги не нарушают физической (рефлекторной) основы половой реакции, они в значительной мере препятствуют межличностному общению, а тем самым и установлению половых отношений.

4. Страдающие слабо выраженной или умеренной умственной отсталостью во многих случаях способны усвоить основные сведения, необходимые для ответственного отношения к половому поведению, если сообщить им эти сведения на доступном для них уровне.

5. Некоторые заболевания вызывают физиологические изменения, нарушающие половую функцию. Например, тяжелые неврологические заболевания, в частности рассеянный склероз, обычно приводят к нарушениям эрекции у мужчин и к аноргазмии у женщин. При сахарном диабете тоже возникают нарушения эрекции у 50% мужчин и аноргазмия - у трети женщин; при алкоголизме эти явления отмечаются соответственно в 40% и 15% случаев. Другие заболевания могут влиять на половую активность психологически, вызывая тревожное к ней отношение, ограничивающее получение сексуального удовольствия; к ним относятся болезни сердца, рак молочной железы и заболевания, требующие удаления матки.

6. Психические заболевания часто сопровождаются изменениями в половом поведении.Так, при депрессии очень часто наблюдается утрата интереса к сексу, тогда как для мани-альных состояний более типично гиперсексуальное поведение. Страдающие анорексией обычно избегают секса и проявляют некоторую детскость поведения; булимия (расстройство питания с приступами обжорства) оказывает на половую функцию менее заметное воздействие.

7. Диэтилстильбестрол, широко применявшийся на протяжении 30 лет при осложненных беременностях, вызывает, как выяснилось, целый ряд нарушений у детей, матери которых при беременности принимали этот препарат. Хотя рак влагалища или шейки матки у дочерей таких

женщин возникает редко, доброкачественные заболевания у них обычны, и им следует постоянно находиться под наблюдением врача. У сыновей таких женщин повышена частота аномалий репродуктивной системы и вероятность развития рака яичка (хотя последнее еще не доказано).

8. Настоящие афродизиаки (сексуальные стимуляторы) так и не удалось найти, хотя многие утверждают, что спиртные напитки, марихуана, кокаин или амфетамины обостряют сексуальные ощущения. Согласно имеющимся данным, эти средства снижают половое влечение или сексуальную реактивность.

9. К лекарственным веществам, способным снижать половую функцию, относятся антигипертензивные средства (используемые при повышенном кровяном давлении), транквилизаторы, барбитураты и антигистаминные препараты.

10. Синдром токсического шока (СТШ) - серьезное заболевание, вызываемое токсином, выделяемым золотистым стафилококком (Staphylococcus aureus). Начинается с резкого повышения температуры, болей в мышцах, кожных высыпаний и падения кровяного давления. В 85% случаев СТШ возникает у женщин, применяющих тампоны во время менструаций. Хотя вспышка СТШ, наблюдавшаяся в 1979-1980 гг., пошла на убыль, женщинам рекомендуется по несколько раз в день менять тампоны или перейти на использование гигиенических салфеток или мини-прокладок, чтобы свести к минимуму риск СТШ.

11. Цистит - воспаление мочевого пузыря, которое возникает как у мужчин, так и у женщин; простатит - воспаление предстательной железы. Как одно, так и другое заболевание могут вызывать боль или жжение при мочеиспускании и неприятные ощущения при половом акте.

Воспросы для размышления

1. Как ваши друзья и знакомые реагируют на удаление молочной железы или матки? Известны ли вам случаи, когда после удаления матки способность к достижению оргазма понизилась? Как, по вашему мнению, большинство мужчин могут отнестись к тому, что их жене или любовнице пришлось удалить молочную железу? Отличается ли в сексуальном плане утрата молочной железы от потери ноги или руки?

2. Почему в США и других странах производится гораздо больше операций по удалению яичников, чем по удалению яичек?

3. Представьте себе, что один из ваших друзей, передвигающийся в инвалидном кресле, расстался со своим партнером и теперь хотел бы иметь новую связь. Что следует предпринять ему (или ей), чтобы вновь вернуть ощущение полноты жизни? Какой совет вы могли бы дать?

4. Как показали научные исследования, спиртные напитки и марихуана угнетают половую функцию. Однако большинство потребителей алкоголя и марихуаны считают, что эти средства обостряют сексуальные ощущения. Почему? Что вы об этом думаете?

5. Студенты и другие молодые люди часто смеются над протезами полового члена. Почему? Если вы (или ваш партнер-мужчина, если вы женщина) утратили способность к эрекции, захотите ли вы прибегнуть к такому протезу? Почему да или почему нет?

ЧАСТЬ 5. КУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ СЕКСОЛОГИИ

Глава 23. Религиозные и этические аспекты секса и репродукции

Как отмечалось во многих разделах этой книги, принятие решений в области секса во многом зависит как от общепринятых в данной культуре, так и индивидуальных ценностных ориентации. При этом, по нашему мнению, не существует такого набора ценностей или правил, который был бы приемлем для всех членов всех сообществ на все времена. В настоящей главе мы рассмотрим два важных фактора, определяющих подход к этим ценностям, - религиозные верования и этический анализ. Мы не собираемся давать оценку избранным на этой основе решениям трудных вопросов, а намерены лишь исследовать те идеи, которые существенно влияли на представления и жизненную практику в данной области на протяжении человеческой истории и продолжают оказывать влияние поныне.

РЕЛИГИОЗНЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ

На тему о религии и сексе написано множество книг, и подробно рассмотреть этот вопрос на нескольких страницах, конечно, нет никакой возможности; мы сосредоточим внимание лишь на некоторых сходствах и различиях между определенными конфессиями, помня также о том, что соответствующие взгляды со временем изменялись. Речь пойдет в основном об иудаистах, католиках и протестантах, хотя несколько слов будет сказано и о ряде других религиозных традиций.

Иудаизм

Взгляды иудаистов на сексуальные взаимоотношения отражены в еврейской Библии (которую христиане называют Ветхим Заветом) и в Талмуде - собрании текстов, истолковывающих Библию, в частности в ее приложении к вопросам повседневной жизни. В этих источниках сексуальность рассматривается в основе своей как позитивная сила, которой Бог одарил человека. Такое отношение ясно выражено в Песни Песней, предположительно приписываемой царю Соломону; ее эротический характер очевиден из приводимого отрывка:

"Этот стан твой похож на пальму и груди твои на виноградные кисти.
Подумал я: влез бы я на пальму, ухватился бы за ветви ея; и груди твои были бы вместо кистей винограда, и запах от ноздрей твоих, как от яблоков" (Песнь Песней, 7:8-9).

Согласно учению иудаизма, неуместно видеть в гениталиях человека и их функциях нечто непристойное (Gordis, 1978), так как Бог сотворил Адама и Еву по своему собственному образу и подобию и высоко оценивал свои творения (Книга Бытия, 1:27, 31). Кроме того, хотя главная цель сексуальных отношений - размножение ("Плодитесь и размножайтесь" - Книга Бытия, 1:28), они должны быть также источником наслаждения (Franzblau, 1975; Rosenheim, 1977; Fertel, Feuer, 1979). Иудаизм учит, что удовольствие от секса имеет самостоятельную ценность, независимо от его роли в продолжении рода. Однако сексуальная активность уместна только в браке, поскольку семье придается "высший религиозный смысл" (Rosenheim, 1977).

Как видно из многих письменных источников, евреи никогда не считали, что брак существует только для обзаведения потомством: первостепенное значение придавалось также взаимной симпатии и дружеским отношениям между супругами. Поэтому еврейский закон требует, чтобы в браке состояли все, включая бесплодных индивидуумов и лиц пожилого возраста; при этом закон всегда считал сексуальные отношения между мужем и женой обязательными. В Талмуде говорится о том, насколько частыми должны быть половые сношения в зависимости от рода занятий мужа. Например, для лиц физического труда норма составляет не менее двух раз в неделю, а для ученых людей - не менее одного раза, желательно в пятницу вечером (накануне еврейского субботнего дня) ввиду сакраментального характера полового акта. Талмуд, однако, провозглашает, что женщина имеет право отклонить сексуальные притязания мужа, и в этом случае ему

запрещается проявлять какую-либо настойчивость (Gordis, 1978). Еврейским женам всегда рекомендовалось играть активную роль в сексуальных контактах и инициировать их, если они того пожелают. Ясно, что 2000 лет назад такие представления о женской сексуальности были довольно необычными. В структуре семьи у древних евреев доминировали мужчины, но сейчас это, безусловно, не так (в некоторых ветвях иудаизма женщины могут даже становиться раввинами).

Сексуальные отношения между мужем и женой относительно свободны от ограничений. Оральный и анальный секс допускается (в предположении, что эякуляция происходит только во влагалище), частота сексуальной активности не лимитирована; предполагается, что оба партнера должны при этом получать удовольствие. Безбрачие не только не признается добродетелью, но его даже считают грехом. Поскольку долг каждого из супругов - доставлять партнеру сексуальное удовлетворение, женщина вправе развестись с мужчиной-импотентом или человеком, равнодушным к сексу, а мужчина - с женщиной, которая отказывается вступать с ним в половые сношения.

Одобряя получение радости и удовольствия от секса в браке, иудаизм вместе с тем осуждает некоторые формы сексуального поведения. Нарушение супружеской верности считается противозаконным действием (Левит, 20:10). Отношение к добрачной половой жизни весьма неодобрительное (Rosenheim, 1977). Кровосмешение запрещено (Левит, 18:6-18). Закон не позволяет принуждать дочерей к занятию проституцией, хотя сама проституция, по-видимому, допускается. Закон осуждает мужские гомосексуальные отношения, но о женских в Библии нет упоминаний. Скотоложество и педофилия тоже подлежат осуждению. Однако в целом иудаизму свойственно одобрительное отношение к сексу, он не выдвигает концепции, сходной с христианским представлением о первородном грехе.

В Америке существует сейчас три главных разновидности иудаизма - ортодоксальный, консервативный и реформистский. Ортодоксы придерживаются буквального понимания ветхозаветных текстов, которое очень мало изменилось за прошедшие столетия; они решительно возражают против абортов (если нет серьезной угрозы для жизни матери) и соблюдают законы Ниддаха, запрещающие сексуальный контакт между мужем и женой во время менструации и в первую неделю после ее окончания (Fertel, Feuer, 1979). Кроме того, ортодоксальный иудаизм не позволяет мужчинам практиковать мастурбацию, если она приводит к эякуляции, хотя специального запрета на женскую мастурбацию нет. Реформисты, приспосабливаясь к новым временам, отказались от многих ритуальных требований, описанных в Ветхом Завете и Талмуде, например от положений о кошерной пище и от законов Ниддаха. Реформированный иудаизм обычно придерживается либеральных взглядов в таких вопросах, как аборты, мастурбация и добрачная половая связь. Консерваторы занимают промежуточную позицию, изменяя ортодоксальные положения не столь радикально, как реформисты.

Многие критиковали ортодокасальный иудаизм за ущемление прав женщин. Еврей-ортодокс должен ежедневно в утренней молитве благодарить Бога, что тот не создал его женщиной. Во время службы в синагоге женщины должны быть отделены от мужчин (видимо, для того, чтобы созерцание соблазнительной плоти не отвлекало последних от духовных мыслей). Женщины не учитываются при подсчете присутствующих на богослужении, которых должно быть не менее 10. Кроме того, в ортодоксальных законах о браке и разводе женщины рассматриваются как "граждане второго сорта", а законы Ниддаха определенно объявляют женщин во время менструации нечистыми (Priesand, 1975).

Христианство

Христианские учения нередко умалчивали или негативно высказывались о сексе. Действительно, многие люди полагали (и до сих полагают), что у христиан слово "секс" чаще всего соседствует с отрицанием "не...". Как уже говорилось в гл. 1, первые христиане были евреями, и их взгляды на отношения полов перешли к ним от иудаизма. Однако ранние ученики Иисуса, по-видимому, находились под сильным влиянием греков, отличавших физическую любовь от любви как духовного переживания. Этот подход резко контрастировал с представлением иудеев, согласно которому тело и душа - взаимодополняющие части человеческой природы, а не антагонистические противоположности. Поскольку апостолы ожидали также, что Иисус в недалеком будущем возвратится на Землю, чтобы принести людям спасение (1 Поел. к Фессалоникийцам, 5; 1 Поел. к Каринфянам, 7:29 и далее), некоторые из раннехристианских суждений о сексе, которые представляются сейсас негативными, тогда, вероятно, мыслились как временные ограничения (Kosnik et al., 1977; Nelson, 1978). Несколькими столетиями позже св. Августин, полагавший, что секс изначально осквернен первородным грехом, пришел к выводу о греховности всякого полового акта, даже между супругами. Не забывая об этих исторических моментах, мы теперь обратимся к современным христианским представлениям о сексуальных отношениях.

Католицизм

Позиция католической церкви базируется не только на текстах Старого и Нового Завета, но и на высказываниях римских пап. Сексуальная активность в браке заслуживает одобрения, поскольку она нужна для продолжения рода. но все другие формы секса осуждаются.

В 1976 г. Священная Конгрегация издала декларацию о Догматах Веры. В этом тексте, получившем одобрение Папы, католическая позиция по вопросам секса была изложена несколько подробнее. Здесь говорилось: "В настоящее время моральное разложение усилилось, и одним из важнейших проявлений этого стал неудержимый рост половой распущенности". Далее отмечалось следующее:

1. Неверно рассматривать библейские высказывания о сексе как "проявления определенной культуры в определенный исторический период". Таким образом, церковные учения прошлых веков и сегодня сохраняют свою полную силу, независимо от того как изменилось человеческое общество.
2. Даже между помолвленными, которые испытывают сильные взаимные чувства, сексуальная активность греховна, ибо "всякий генитальный акт допустим только в рамках брака".
3. Все гомосексуальные акты "по своей сущности предосудительны", однако гомосексуальная ориентация без совершения таких актов сама по себе не составляет греха.
4. Мастурбация, хотя в Библии нет ее специального осуждения, представляет "серьезное нарушение морали".
5. Целомудрие (сохранение девственности или мужское безбрачие) добродетельно не только потому, что позволяет избежать греха, но и потому, что ведет к достижению высших духовных благ.

В дополнение к сказанному католическая церковь запрещает развод (за исключением особых обстоятельств) и применение искусственных методов контрацепции (т.е. всех, кроме полового воздержания или учета естественного ритма овуляции).

В наши дни многие представители католического духовенства полагают, что некоторые из приведенных суждений устарели, и выражают серьезные сомнения в их обоснованности. Например, в 1977 г. авторы исследования, проведенного по поручению Американского католического теологического общества, рекомендовали при моральной оценке всякой сексуальной активности выяснять, способствует ли она освобождению личности, обогащает ли партнера, является ли честной, социально ответственной, жизненно полезной, доставляет ли радость. "Если такие качества имеются, то можно с достаточной уверенностью оценить соответствующую половую активность как здоровую и нравственную" (Kosnik et al., 1977).

Епископы США и Канады на конференции по вопросам сексуальных отношений в 1981 г. отмечали, что, хотя эти отношения приводят к рождению детей, их главная роль "связана с самореализацией личности". Кроме того, преподобный Бенедикт Эшли критиковал церковь за то, что она "не смогла дать людям реалистичные сочувственные ответы на их действительные проблемы"; он высказал мнение, что у человека неразрывная связь между сексом и продолжением рода отнюдь не очевидна (Schaeffer, 1981)'. Однако, когда папа Иоанн Павел II осенью 1980 г. провел в Риме совет епископов, то "это собрание, в котором преобладало влияние Ватикана, подтвердило приоритет законов перед сочувствием" (Murphy, 1981), вопреки надеждам на то, что церковь изменит свои позиции по некоторым важнейшим вопросам в области секса.

За несколько месяцев до этой конференции папа Иоанн Павел II вызвал сенсацию, сказав, что мужчина повинен в "мысленном прелюбодеянии", если смотрит насвою жену с вожделением (The New York Times, Oct. 10, 1980). Хотя позже папа объяснил, что хотел лишь освободить женщин от унизительной роли сексуальных объектов, многие поняли его слова в том смысле, что даже нормальное половое влечение между супругами грехов, но в глазах церкви.

В 1983 г. Ватикан обнародовал ряд общих установок относительно полового воспитания, где в основном подтверждал запреты, провозглашенные в декларации 1976 г., еще раз объявляя мастурбацию "существенным нарушением морали", а внебрачные половые связи - "тяжелым грехом" (The New York Times, Dec. 2, 1983). Согласно этим установкам, главную ответственность за половое воспитание детей несут родители, но помогать такому воспитанию и дополнять его могут школы.

В 1987 г. церковь высказалась практически против всех современных методов, используемых для преодоления бесплодия, включая искусственное осеменение, экстракорпоральное оплодотворение и суррогатное материнство.

Протестантизм

Протестантизм как отдельная ветвь христианства возникла в XVII в., когда Мартин Лютер и его последователи откололись от католической церкви. Лютер отверг многие элементы католицизма, так как полагал, что спасение легко доступно для грешника и не зависит от праведности людей. Он описывал этот процесс как "спасение через веру". Поэтому самым заметным изменением позиций по вопросам пола явилось то, что Лютер не признавал безбрачия как пути в рай. Он поощрял вступление пасторов и монахинь в брак, считая, что эти люди не наделены особыми божественными полномочиями, что нет никакого религиозного смысла в стремлении отдельного человека к особенной святости и что секс - естественный элемент человеческой жизни.

В других отношениях протестантская реформация сохранила традиционные христианские взгляды по вопросам секса. Супружеская измена, мастурбация и гомосексуальные действия по-прежнему считались греховными, а брак рассматривался как пожизненное обязательство. Полагали, что эти нормы необходимы для обуздания греха и беззакония, но их соблюдение не рассматривалось как путь к спасению души. Жан Кальвин (1509-1564) создал еще одно направление, согласно которому упорядоченное развитие общественной жизни, включая половые отношения, служило прославлению Бога в благодарность за дарованную возможность спасения.

Индивидуализм в идеях Лютера и Кальвина послужил основой для формирования ряда направлений внутри протестантизма. В результате сегодня мы имеем множество ветвей (деноминации) с чрезвычайным разнообразием взглядов по вопросам пола. При этом различия мнений в пределах одной ветви почти так же велики, как и между ветвями.

В протестантизме обычно различают консервативные, умеренные и либеральные направления. К консервативной группе принадлежат фундаменталисты, которые считают, что истинный христианин должен строго придерживаться определенного набора фундаментальных (по их мнению) положений библейского учения. К этой группе относятся и евангелисты, хотя они требуют такой же степени приверженности определенному комплексу верований. Позиции таких групп по вопросам пола - неприятие абортов и добрачного секса, скептицизм в отношении контрацепции, резко отрицательное отношение к разводу, осуждение гомосексуализма - мало чем отличаются от позиций католической церкви. Что касается умеренного протестантизма, то он придает большое значение христианскому воспитанию, при котором детей учат быть христианами и чувствовать ценность веры в Христа. В области секса воззрения членов этой группы могут несколько различаться. Обычно умеренные протестанты не отвергают абортов, не склонны однозначно осуждать добрачные половые связи, признают полезность контрацепции для общества и отдельных людей, полагают, что развод часто бывает меньшим злом, чем тяготы неудачного брака, и более терпимо относятся к гомосексуализму.

Протестанты-либералы видят в христианской религии такой взгляд на мир и человеческую жизнь, который опирается на разум и исторические традиции веры. Они не считают Библию непогрешимым источником истины, а рассматривают ее как плод человеческих усилий найти смысл жизни. Поэтому либералам может быть доступно совершенно новое понимание многих вопросов, связанных с сексом.

Некоторые группы протестантов полностью придерживаются в этой области традиционных взглядов. Например, Свидетели Иеговы стремятся буквально следовать Библии и находить в ней все правила сексуального поведения. Противоположную крайнюю позицию занимает Унитарно-универсалистская ассоциация - она утверждает гуманистические ценности и уважает религиозные традиции лишь в той мере, в какой они способствуют всесторонней самореализации человека. По мнению этой группы, подходы к вопросам секса должны непрерывно пересматриваться в свете новых знаний и современного жизненного опыта.

Лишь очень немногие ветви протестантизма могут быть четко определены как консервативные, умеренные или либеральные. Есть консервативные и либеральные просвитериане, консервативные и либеральные квакеры. Некоторые баптисты-фундаменталисты объединились в движении против абортов с римской католической церковью, а некоторые баптисты-либералы находятся в первых рядах борцов за права гомосексуалистов. Обе группы считают, что их позиции в области секса имеют корни в истории их веры, и тем не менее эти позиции диаметрально противоположны.

В результате борьбы за пересмотр моральных ценностей многие видные протестанты были вовлечены в полемику по вопросам секса; другие протестанты реагируют лишь тем, что постепенно, мало-помалу становятся более открытыми для новых идей. Никто сейчас не может предсказать исхода всех столкновений и перемен, и только одно несомненно: расхождения во взглядах будут продолжаться еще десятки лет.

Религия и секс в перспективе

Многие люди, считающие себя религиозными, нередко сталкиваются с тем, что в вопросах, связанных с сексом, они принимают решения, противоречащие требованиям веры. Такие внутренние конфликты, несомненно, возникали и в прошлые века, но сегодня эта проблема стала особенно актуальной из-за изменений взглядов на различные формы сексуального поведения.

Это "перетягивание каната" между традиционными представлениями и современными взглядами оказывает на людей многообразное воздействие. Некоторые искренне верующие испытывают сильное чувство вины из-за своих проявлений сексуальной активности. Другие вначале добросовестно стремятся следовать своей конфессиональной ориентации, но в конце концов решают, что требования религии в отношении секса решительно устарели; тогда эти люди начинают их полностью игнорировать или же совсем перестают участвовать в организованной религиозной деятельности. Но есть также немало людей, которых догматы их веры вполне устраивают, так что они готовы их поддерживать и в теории, и в жизни.

Традиционные религиозные правила считают чрезмерно строгими не только многие миряне, но и некоторые представители духовенства. Например, в современной католической церкви существует движение, выступающее за то, чтобы священникам и монахам дозволялось нарушать обет безбрачия. В каждой конфессии есть духовные лица, проявляющие гибкость и находчивость в своих советах прихожанам, когда те обращаются к ним по вопросам, связанным с сексом; эти пастыри склонны учитывать все важные аспекты (религиозные, социальные, психологические и т.д.) каждой конкретной ситуации. В среде американского духовенства вообще широко обсуждается мысль о необходимости избегать "навечно замороженных" суждений о нравственности или безнравственности тех или иных форм сексуального поведения: желателен диалог по этим вопросам (Kosnik et al., 1977; Gordis, 1978; Nelson, 1978; Yates, 1988; Strackhouse, 1989/90).

Позиции других религий

Многообразие взглядов на секс не ограничивается тем, что мы можем найти в иудео-христианской религиозной традиции. Все известные религии включают учения, касающиеся этики сексуальных отношений, хотя в некоторых случаях провозглашаемые нормы покажутся совершенно чуждыми большинству представителей западных культур. Здесь мы скажем несколько слов о трех религиях, не упоминавшихся ранее.

Ислам был третьей из важнейших религий,зародившихся наряду с иудаизмом и христианством на Ближнем Востоке. Его первыми приверженцами (которых стали называть мусульманами) были арабы, однако впоследствии ислам распространился среди многих неарабских народов мира. Мухаммед (Магомет), основавший исламскую религию в VI в. н.э., повлиял на позицию своих последователей в вопросах пола как своей жизнью, так и своим учением, изложенным в Коране (священной книге мусульман). У Мухаммеда было несколько жен и наложниц, и ислам весьма одобрительно относится к большинству проявлений секса. Безбрачие не поощряется; мужчины могут иметь до четырех жен, и секс рассматривается как дар, полученный от Бога. Хотя измена мужу может быть наказана смертью (что до сих пор случается в таких странах, как Саудовская Аравия и Иран), по другим воп-

росам брака и секса ислам занимает довольно терпимую позицию. Пример такого отношения - институт временного брака. Разрешается также развод, но с соблюдением ряда детальных предписаний. Несмотря на подобную терпимость, исламские обычаи, на взгляд Запада, явно дискриминируют женщин. Например, в мусульманских странах(кроме Египта и Турции) женщины в публичных местах должны носить чадру; все еще существуют гаремы; в некоторых сектах до сих пор практикуется удаление клитора и иные операции на женских гениталиях.

В индуизме - древнейшей из индийских религий - проявления сексуальности рассматриваются как одна из форм духовной энергии. Поскольку в индуизме представлено много разных подходов к жизни, он включает ряд различных философий, касающихся секса. Например, те, кто выбирает путь Кармы (стремление к удовольствию), проявляют большую открытость и восприимчивость по отношению к сексу. Об этом свидетельствует "Кама Сутра" - книга, написанная одним индуистским духовным лицом в IV в. до н.э., в которой подробно обсуждаются техника поведения и позы во время полового акта. Другие, избравшие путь Дхармы (нравственной жизни) или Мокши (освобождения от непрерывного цикла перевоплощений путем отказа от физических удовольствий и страстей), стремятся к половому воздержанию в определенные периоды своей жизни с целью сосредоточиться на поисках внутреннего знания или покоя. Однако безбрачие не играет в индуизме центральной роли, и большинство индуистских священнослужите-лей вступают в брак.

Буддизм был основан в Индии в V в. до н.э. Согласо буддистскому учению, важнейшую неотъемлемую часть земной жизни составляет страдание. От мирского страдания избавляет духовное и нравственное самоочищение; поэтому безбрачие веьсма желательно. В реальной жизненной практике оно признается обязательным для священнослужи-телей и поощряется у монахов, однако остальные люди, исповедующие буддизм, обычно вступают в брак и не должны отказываться от сексуальных удовольствий. Интересно, что буддизм, считая проституцию низким родом занятий, не осуждает ее: он исходит из убеждения, что проститутки всего лишь отрабатывают свою "карму", которая определяет их судьбу в следующем перевоплощении.

Рассмотренные здесь три религии во многом отличаются от иудаизма и христианства по своим позициям в области секса, и тем не менее ими руководствуются миллионы людей в разных странах мира.

Роль этических представлений при решении проблем секса и репродукции

Очевидно, что люди основывают свои решения в области секса не только на религиозных взглядах, но и на множестве иных соображений. Например, некоторые решения

определяются главным образом личными вкусами и предпочтениями. Человек может спрашивать себя: "Привлекателен ли данный объект (или акт)? Есть ли у меня настроение? Подходит ли для этого время и место? и т.п. Такого рода вопросы этически нейтральны, т.е. о нравственном выборе ("хорошо или дурно") речь может идти здесь не в большей мере. чем при решении, заказать ли молочный коктейль или стоит ли посмотреть какой-то фильм.

Другие решения, касающиеся секса, определяются личными или социальными ценностями и их относительным приоритетом в наших глазах. Здесь люди могут ставить вопросы типа "правильно ли я поступаю?", "честно ли это?" или "не может ли это показаться обидным партнеру" Это уже этические вопросы, так как они касаются морального качества (вашей правоты или неправоты) совершаемых действий. В отличие от принятия моральных решений, всецело основанных на религии (т.е. на вере), этические решения требуют рационального мышления. Это особенно важно потому, что наиболее трудны те нравственные проблемы, где нужно сделать выбор не между "белым" и "черным", а между разными ценностями, вступающими в конфликт. Конечно, есть люди, которые делают свой выбор на смешанной основе веры и разума.

Существуют значительные различия в способах разрешения этических конфликтов. Например, Кинзи и его коллеги нашли, что в 40-х и 50-х гг. нашего века представления людей о "надлежащем" сексуальном поведении обычно зависело от уровня их образования. Люди, окончившие только начальную школу, как правило, считали допустимым те половые акты, которые "естественны"; обычное половое сношение одобрялось, тогда как мастурбация, орально-генитальные контакты и гомосексуальные отношения считались сомнительными или отвергались. В отличие от этого для людей со средним и неполным средним образованием критерием при оценке сексуального поведения обычно служила респектабельность. И наконец, для получивших образование в колледже чаще всего главным становился в те годы третий критерий - действительно ли люди любят друг друга. Кинзи пришел к выводу, что уровень образования влиял на этику в области секса сильнее, чем формальная принадлежность к тому или иному вероисповеданию (Kinsey, Pomeroy, Martin, 1948;KinseyetaL, 1953).

Позже, когда среднюю школу и колледж стало оканчивать больше людей, чем в 50-е годы, широкое распространение получили три другие позиции в моральной оценке сексуальных отношений. Одни считают нравственными любые формы добровольных сексуальных взаимодействий между взрослыми людьми в условиях уединения; по мнению других, в этой области можно одобрить все, что способствует межличностным отношениям, духовному росту и развитию личности; третьи полагают, что здесь не должно быть абсолютных правил - решения следует принимать, учитывая все особенности данной ситуации (так называемая "ситуативная этика").

Какой бы ни была позиция по отношению к сексу, решения всегда принимаются на основе определенных ценностей. Даже если не используются понятия "хорошо" или "плохо", "правильно" или "неправильно", все равно часто происходит сходное сопоставление здорового и нездорового, невротического и нормального, свободного и подавленного. В какой мере эти оценки будут этическими, каждый решает сам, исходя из стандартов и ценностей, которых он (или она) придерживается.

В заключительной части этой главы будет рассмотрен ряд вопросов, которые продолжают оставаться предметом дискуссий религиозного и этического плана. Ввиду их особой сложности мы ограничимся лишь кратким обсуждением этих проблем без подведения каких-либо окончательных итогов. Собственные мнения читателей могут быть достаточно

определенными, но полезно будет осознать и то, что многие разумные, мыслящие и честные люди придерживаются противоположных взглядов.

Аборты

Первые исторические упоминания об абортах относятся к периоду, отстоящему от нас на 4600 лет (Китай). Отношение к абортам могло быть разным - от суровых наказаний в Ассирии до одобрения у древних греков, однако на протяжении почти всей письменной истории их обычно осуждали из-за риска для здоровья женщины. Вопрос об абортах не становился важной этической проблемой до тех пор, пока современная медицина не обеспечила их относительную безопасность; и только теперь, в последние десятилетия, по этому вопросу разгорелась острая публичная полемика.

В эти годы проводилось много опросов общественного мнения, и результаты их оказались удивительно сходными (рис. 23.1): менее четверти взрослых американцев выступают против абортов при любых обстоятельствах; примерно столько же считают, что женщина всегда имеет право сделать аборт, если того пожелает; большинство же занимают промежуточную позицию, допускающую аборт лишь в определенных случаях. В 1988-1989 гг. институт Гэллапа, "Лос-Анджелес Тайме" и "Нью-Йорк Тайме" провели четыре опроса по выборкам, репрезентативным для всей страны; респондентов спрашивали, при каких обстоятельствах, по их мнению, аборты следовало бы разрешать или, наоборот, запрещать (Family Planning Perspectives, 21:138-139, 1989). Подавляющее большинство американцев высказались в пользу легализации абортов в тех случаях, когда беременность создает угрозу для жизни женщины (86-94%) или серьезную угрозу для ее здоровья (84-86%), а также при высокой вероятности тяжелого порока развития у ребенка (60-74%).

Существуют, по-видимому, три главные позиции по вопросу об абортах. На одном полюсе - сторонники "сохранения жизни", которые хотели бы запретить аборты при всех обстоятельствах: они полагают, что государство не вправе поощрять гибель зародыша или плода, легализуя прерывание беременности. На другом полюсе находятся сторонники "свободного выбора": они считают, что закон не должен ограничивать свободу выбора для матери - все беременные должны иметь возможность по желанию сделать аборт. Промежуточную позицию занимают те, кто считает аборт допустимым только в определенных случаях (например, когда беременность опасна для жизни матери или оказалась результатом изнасилования либо инцеста), а также те, кто полагает, что он не должен быть главным методом контроля рождаемости.

Движение против абортов, хорошо организованное и политически активное, поддерживает главным образом католическая церковь. Однако эту позицию занимают также ортодоксальные иудаисты, православные христиане, некоторые неверующие люди и многие протестанты консервативного направления. Каллаган (Callahan, 1970) сформулировал четыре главных довода сторонников этой позиции:

1. Каждое человеческое существо, даже ребенок в утробе матери, получает право на жизнь непосредственно от Бога.
2. Человеческие существа не имеют права отнимать жизнь у других безвинных человеческих существ.
3. Жизнь человека начинается в момент зачатия.
4. Производить аборт на любой стадии беременности значит лишать жизни безвинное человеческое существо.

Многие противники абортов, не готовые признать эти доводы убедительными, согласны с аргументацией бывшего президента Рональда Рейгана, который говорил: "Если мы не знаем [когда начинается жизнь индивидуума], то не лучше ли нам предполагать ее уже начавшейся? Если вы увидели неподвижно лежащего человека и не можете определить, жив он или нет, вы будете считать его живым, пока не станет ясно, что он мертв. Так же следует рассуждать и при решении вопроса об абортах" (Emmens, 1987).

Однако вопрос о начальном моменте человеческой жизни неоднозначен: ответ зависит от того, что мы будем считать истинным началом. Хотя и яйцеклетка, и сперматозоид - живые клетки, оплодотворение не всегда автоматически приводит к созданию жизнеспособного организма. К тому же большинство людей согласится, что зигота или даже крошечный эмбрион - еще не личность в обычном смысле этого слова. Проблема здесь гораздо сложнее и, вероятно, носит больше философский, чем естественнонаучный характер.

И все-таки даже те, кто не склонен признать эмбрион или плод личностью, могут быть противниками абортов. Эти люди часто указывают на то, что человеческий зародыш потенциально способен стать личностью и поэтому убивать его безнравственно: фактически это значило бы лишать его права на жизнь.

Против разрешения абортов выдвигают еще один довод - то, что эмбрион или плод будет безвинной жертвой: новый организм никогда не просил о том, чтобы его зачинали или рождали, но если уж он появился и живет, то у него есть неоспоримое право на защиту от посягательств на его жизнь. Католики, например, считают, что человек может быть лишен жизни только тогда, когда он не безвинен (смертная казнь), или когда его гибель -

непредумышленный результат каких-то других действий (таких, как "справедливая война"). Это "принцип побочного следствия". Если, скажем, из матки беременной женщины удаляют злокачественную опухоль, то гибель плода здесь оправданна, так как она не цель, а лишь побочный результат операции, необходимой для спасения жизни больной. Если, однако, источником опасности для жизни матери является сам плод, то его разрушение не считают допустимым, поскольку оно было бы прямой целью предпринятого вмешательства.

Противники абортов часто указывают также на то, что "каждый ребенок может быть для кого-то желанным" (Emmens, 1987). По их мнению, логической альтернативой аборту могло бы быть усыновление ребенка - это в нравственном отношении лучше. Хотя сторонники такого решения признают, что донашивание плода нередко бывает связано с неудобствами, большими расходами и даже риском физического вреда для беременной женщины, они убеждены, что относительная безопасность деторождения в наши дни и возможность оплаты расходов приемными родителями облегчают ситуацию. Как бы то ни было, эти люди верят в нравственную правоту своей позиции:

"Аборты морально неприемлемы, так как это злоупотребление властью человека над самим собой. Это уничтожение одного человеческого существа другим, а значит - подрыв самой основы человеческого достоинства... Нравственное оправдание абортов низводит всех людей на уровень некоего материала, с потерей которого можно не считаться" (Granfield, 1969, p. 15-41).

Нетрудно понять, почему люди, придерживающиеся таких взглядов, видят в абортах форму убийства и считают своим моральным долгом выступать против их легализации. Анна Квиндлен (Quindlen, 1990) замечает: "Абсурдно утверждать, что это значило бы навязывать свои религиозные убеждения другим".

Движение за легализацию абортов в последние годы тоже стало хорошо организованной и политически активной силой: его поддерживают ряд специально созданных организаций общенационального масштаба и десятки важнейших религиозных групп, в том числе Американская баптистская церковь, епископальная церковь. Конвенция лютеран-баптистов, пресвитерианская церковь в США, Союз американских еврейских колледжей и Объединенная методистская церковь. Фактически большинство церквей и религиозных организаций США поддерживают легализацию абортов (Jaffe, Lindheim, Lee, 1981; Emmons, 1987).

Противники запрещения абортов выдвигают четыре главных этических агрумента (Callahan, 1970; Terkel, 1988):

1. Никто не должен быть вправе принуждать женщину к сохранению беременности против ее воли.
2. Не следует производить на свет нежеланных детей.
3. Аборты никогда не подвергались бы запрету, если бы законодателями не были мужчины. (Или, как гласит один афоризм, "если бы мужчины могли беременеть, право на аборт считалось бы священным".)
4. Если женщина не вправе свободно располагать собственным телом, в том числе и контролировать репродуктивные функции, то у нее вообще нет реальной свободы.

Защитники права на аборт обычно исходят из того, что правительству не следует вмешиваться в частную жизнь женщин, решая за них судьбу наступившей беременности. Они полагают, что каждая женщина должна иметь выбор - сделать ей аборт или нет; при этом они подчеркивают, что наличие такого выбора никого не принуждает к тому или иному решению. Кроме того, отмечается, что никто не должен по требованию закона рисковать своим здоровьем, а между тем при полном запрещении абортов многие беременные женщины подвергались бы опасностям, связанным с вынашиванием плода и родами, а также с криминальными абортами.

И наконец, противники запрета на аборты опасаются того, что, если правительству позволено будет вводить ограничения с целью обеспечить право на жизнь каждой зиготе или каждому эмбриону, то дело может дойти и до принудительного регулирования образа жизни беременных женщин. Кто-то потребует, например, запретить им курение, употребление алкоголя или напряженную физическую работу на том основании, что все это могло бы создать риск для здоровья развивающегося плода, а тем самым и для "потенциальной человеческой личности".

Многие из тех, кто занял либеральную позицию в отношении абортов, усматривают в философии своих оппонентов некоторую долю лицемерия. Например, "либералы" спрашивают: если "каждый рожденный ребенок будет для кого-то желанным", почему тогда десятки тысяч детей (например, с врожденными аномалиями или хроническими заболеваниями) не были усыновлены теми, кто так настаивает на запрещении абортов? И почему "запретители", кажется, больше озабочены защитой еще не рожденных живых существ, чем необходимостью улучшить социально-экономическое положение массы обнищавших людей, уже родившихся в этом мире? Еще один довод, выдвигаемый в поддержку либеральной позиции, состоит в том, что абортированный (искусственно или спонтанно) плод не подлежит крещению или христианскому погребению, т.е. церковь фактически не считает его человеческой личностью (Maguire, 1990).

По некоторым вопросам "либералы" расходятся в мнениях. Иногда их смущает предложение разрешить аборт в случаях врожденных аномалий, в том числе генетических, так как не ясно, где провести разграничительную линию. Когда у плода совсем не развивается мозг, вряд ли могут быть сомнения в оправданности аборта; но как быть, если, например, можно ожидать лишь некоторой умственной неполноценности без тяжелых нарушений физического здоровья? Следует ли прерывать беременность, если врожденный дефект позволяет прожить долгую жизнь, но она будет отягощена болезнью?

Разногласия вызывает также вопрос о том, на каких стадиях беременности еще можно производить аборты. Большинство "либералов" считают приблизительным пределом конец 2-го триместра, за исключением особых обстоятельств (когда, например, в 3-м триместре возникает угроза для жизни матери). Однако некоторые сомневаются в допустимости абортов после окончания 1-го триместра, тогда как иные полагают, что не должно быть никаких ограничений в сроках.

Многие люди не склонны одобрять аборты, производимые по социальным причинам и называемые буквально "аборты ради удобства" (abortions of convenience). Последнее определение очень неудачно. По выражению одного автора, слова "аборт ради удобства" звучат так, будто женщина прерывает беременность только потому, например, что хочет иметь ребенка, рожденного под знаком Льва, а не Козерога (Quindlen, 1990). Если 13-летняя девочка забеременела от своего приятеля-семиклассника и сделала аборт, то верно ли будет назвать это абортом ради удобства? А если незамужняя безработная женщина 24 лет, едва способная прокормить четверых детей на скудное пособие, снова забеременеет и пожелает сделать аборт, то можно ли здесь говорить о соображениях удобства? В подобных ситуациях "удобно", пожалуй, может быть только стороннему наблюдателю...

При обсуждении моральных аспектов аборта использовалось огромное множество доводов в пользу той или другой позиции. Какой бы ни была наша личная точка зрения, нам важно уметь распознавать те пути аргументации в этической логике, которые на самом деле не столь логичны, как может на первый взгляд показаться [некоторые из рассмотренных примеров заимствованы у Теркела (Terkel, 1988)].

Один пример этого - аргумент скользкого склона. Он основан на предположении, что уже первый шаг вниз по такому склону сам по себе как будто безобидный, неизбежно приведет к соскальзыванию все дальше и дальше в том же направлении. Именно такого рода аргумент используют многие противники абортов, когда говорят, что разрешение абортов, пусть даже ограниченное, прокладывает дорогу для эвтаназии (умерщвления неизлечимых больных с целью избавить их от страданий), а в дальнейшем - и для уничтожения генетически неполноценных лиц. Еще один вариант этой аргументации - утверждение, что легализация абортов будет разрушать общество, подрывая основы семьи и обесценивая человеческую жизнь; многие даже сравнивали такую легализацию с массовыми убийствами в лагерях нацистской Германии.1

Ошибочность приведенных рассуждений связана с тем, что на самом деле дальнейшие шаги по "склону" не вытекают неизбежно из первого шага. Если вы убили муху, разве это значит, что потом вы непременно убьете вашу кошку?

В споре об абортах часто используют "логику" и иного рода. Пример - рассуждения о матери Бетховена. Она была больна туберкулезом и вышла замуж за человека, страдавшего сифилисом; он уже имел четверых детей, из которых один был слепым, другой - глухонемым, а третий заразился туберкулезом. Семья жила в условиях крайней бедности, два ребенка умерли, и если бы мать сделала тогда аборт, то мир не получил бы одного из величайших музыкальных гениев - Людвига ван Бетховена. Теркел (Terkel, 1988, p. 136) указывает на несостоятельность такой аргументации в пользу запрещения абортов:

"Если бы мать Бетховена имела возможность легально безопасным способом сделать аборт, она все равно могла бы и отказаться от этого. Однако столь же неправы и сторонники легализации абортов, когда они возражают, что зато свобода абортов, возможно, предотвратила бы рождение Адольфа Гитлера. Доводы обеих сторон полностью игнорируют то, что у каждой женщины есть какой-то небольшой шанс родить как гения, так и маньяка. ... Обе стороны вместо столь произвольных домыслов могли бы найти немало убедительных аргументов в свою пользу."

Ради исторической точности следует заметить, что одной из первых акций нацистов, пришедших к власти в Германии в 1933 г., было запрещение абортов. Сравнение абортов со зверствами нацистов

Одно из основных направлений в дискуссии об абортах касается особо щекотливой этической проблемы: можно ли прибегать к обману ради вполне нравственной цели? Вопрос об отношении к принципу "цель оправдывает средства" возник в связи с тем, что в стране появилась целая сеть клиник "проблемной беременности". В публикуемых объявлениях эти клиники как будто бы предлагают свои услуги женщинам, желающим сделать аборт. На самом же деле их цель - предотвращать прерывание беременности: они совсем не производят абортов, даже в случаях изнасилования, инцеста или угрозы для здоровья женщины. Чтобы достичь своей цели, пациенток обычно устрашают изображениями окровавленных зародышей, выброшенных в мусорное ведро, и искаженной статистикой осложнений при современных методах прерывания беременности, стараются удержать женщин от обращения в те клиники, где действительно производят аборты.

звучит особенно неубедительно потому, что последних никак не назовешь "защитниками человеческой жизни", хотя они и запрещали аборты.

Сторонники запрещения абортов считают, что ради сохранения жизни нерожденного ребенка стоит несколько отойти от норм безупречной морали и прибегнуть к обману (к тому же в таких клиниках обходятся без прямой лжи - вам никто прямо не скажет, будто здесь делают аборты); ссылаются на то, что в определенных исторических ситуациях обман заслуживает одобрения (например, когда с его помощью переправляли беглых рабов на Север перед гражданской войной в США или спасали евреев от нацистов в Европе). Кроме того, деятельность таких клиник стараются оправдать как необходимый противовес тому, что делают учреждения, производящие аборты, поскольку лишь немногие из этих учреждений могут дать беременной женщине взвешенную консультацию.

Противники тактики, применяемой в клиниках "проблемной беременности", указывают на то, что последние, вводя пациентку в заблуждение и оттягивая момент, когда она попадает в клинику, где ей могут сделать аборт, фактически подвергают риску ее здоровье, так как аборты наименее опасны на самых ранних сроках беременности. Помимо этого, многие видят в попытках удержать женщину от аборта путем устрашения и обмана особую форму принуждения, ограничивающую свободу выбора.

Новые методы преодоления бесплодия

Когда экстракорпоральное оплодотворение и перенос гамет в маточную трубу стали обычными процедурами, а использование донорских яйцеклеток превратилось из теоретической возможности в факт медицинской практики (см. гл. 5), возникло много щекотливых вопросов. В ряде случаев дискуссии по этим вопросам приводили к серьезным разногласиям внутри католической церкви. Так, некоторые католические медицинские учреждения объявили, что они будут игнорировать наложенный Ватиканом запрет на все формы искусственного оплодотворения и переноса зародышей, так как считают своим долгом помочь бесплодным парам (Lewis, 1987). В других случаях успехи медицины неожиданно породили ряд непредвиденных проблем, как видно из приводимого ниже примера.

В настоящее время в нескольких медицинских центрах производят аборты с необычной целью - не для прерывания беременности, а для ее сохранения. Эта на первый взгляд парадоксальная ситуация возникает в случаях многоплодной беременности, при которой у женщины образуются больше плодов, чем она может благополучно доносить (к такому результату нередко приводит применение препаратов, стимулирующих овуляцию). Например, у одной женщины в матке оказалось восемь плодов, и ее предупредили, что они все погибнут. если не принять надлежащих мер. С согласия пациентки был произведен так называемый селективный аборт - шесть плодов элиминировали, так что осталось только два. Беременность удалось сохранить, и женщина родила здоровую двойню.

Селективный аборт осуществляют с помощью миниатюрной иглы, вводимой под контролем ультразвука в грудную полость плода, когда тот еще не достиг размеров большого пальца. Через иглу вспрыскивают вещество, останавливающее работу сердца, в результате чего плод гибнет и впоследствии рассасывается.

В случае восьми зародышей особой проблемы не видно: ясно, что все они погибнут, если их не трогать. Однако были и такие случаи, где речь шла о селективном аборте ради удобства родителей - например, желательно бьшо уменьшить число близнецов с четырех до двух. (По иронии судьбы подобные ситуации иногда возникали у бесплодных женщин, вынужденных прибегнуть к экстракорпоральному оплодотворению, в этих случаях в маточные трубы для повышения шансов на успех переносят сразу несколько эмбрионов и большинство из них обычно не выживает.) Если в отдельных ситуациях считать селективный аборт морально оправданным, то где провести черту допустимого. Предположим, женщина в результате процедуры оплодотворения in vitro зачинает двойню, а потом решает, что ей нужно только одного ребенка; этично ли будет абортировать один из развивающихся плодов? А что, если женщина, беременная двумя или тремя близнецами, захочет избавиться от плодов женского пола и родить только мальчика?

Возникает также близкий по сути вопрос о судьбе неиспользованных оплодотворенных яйцеклеток, сохраняемых в замороженном виде вплоть до успешного завершения беременности после оплодотворения in vitro. Если супруги не собираются больше иметь детей, то подлежат ли эти оплодотворенные яйцеклетки

("предэмбрионы") уничтожению? Одни рассматривают такую практику как род убийства, другие же видят в ней единственное разумное решение вопроса. Есть также мнение, что замороженные предэмбрионы следует предлагать другим супружеским парам, неспособным осуществить зачатие даже с помощью современных методов. В случае развода супругов ситуацию может еще больше усложнить спор о том, кому "принадлежат" такие эмбрионы (сейчас подобного рода конфликты уже рассматриваются в судах).

В прошлом мало кто выдвигал этические возражения против использования донорской спермы для искусственного осеменения (хотя католическая церковь и ортодоксальный иудаизм осуждают эту практику по религиозным мотивам). Однако аналогичное использование донорских яйцеклеток для оплодотворения in vitro и перенос их в маточные трубы вызвало гораздо больше возражений морального порядка. Действительно ли различие ситуаций столь велико? Многие считают, что оно в самом деле весьма значительно: для извлечения яйцеклеток необходима хирургическая операция, тогда как сперму можно получить просто путем мастурбации; кроме того, донора яйцеклеток обычно подвергают на протяжении недели или дольше воздействию гормонов, чтобы за один цикл образовалось шесть и больше яйцеклеток вместо одной. При этом риск в целом невелик, но все же есть опасность чрезмерной стимуляции яичников, приводящей иногда к их увеличению и даже разрыву. Для доноров спермы никакой сравнимой опасности не существует.

Критическое отношение вызывает использование донорских яйцеклеток без оплаты: в этом усматривают дискриминацию женщин, так как донорам спермы почти всегда платят. В тех учреждениях, где донорство не оплачивается, утверждают, что благодаря этому гуманный акт предоставления гамет не превращается в куплю-продажу; однако мнения по этому поводу сильно расходятся. (Сейчас, в середине 1990-х гг., в большинстве американских клиник, использующих донорские яйцеклетки, доноры получают плату, обычно порядка 500-1000 долларов.) Поскольку никто, по-видимому, не осуждает мужчин, отдающих сперму за деньги, не проявляется ли в этом этический двойной стандарт?

С донорскими яйцеклетками связан еще один трудный и пока не разрешенный вопрос: что произойдет, если женщина, отдавшая яйцеклетку, вдруг потом предъявит иск о признании своих прав на ребенка? Ведь она как-никак его биологическая мать - от нее он получил половину своего генетического материала... По поводу такой ситуации еще нет ни этического, ни юридического ответа, но возникновение подобных судебных дел нетрудно предвидеть. Большинство клиник, использующих донорские яйцеклетки, пытаются избежать затруднений, предлагая каждой женщине-донору написать расписку об отказе от всех притязаний на детей, зачатых при участии ее яйцеклеток. Пока еще не было случая проверить юридическую силу этих расписок.

На другую чашу весов ложатся мнения тех, кто видит в имплантации донорских клеток важный шаг вперед в борьбе с бесплодием, дающий надежду отчаявшимся бездетным парам. Сторонники этого метода полагают, что хотя прогресс медицины нередко порождает новые этические проблемы, это не дает оснований отказываться от использования ее новейших достижений. Эти люди, в частности, указывают на то, что донорские яйцеклетки во многих случаях позволили бы обойтись без суррогатных матерей. Кроме того, говорят они, в случае бесплодия любые меры, помогающие обрести желанного ребенка, можно считать морально приемлемыми. Мы привели лишь несколько примеров сложных этических проблем, связанных с использованием достижений современной медицинской науки. Ее дальнейшие успехи - если, скажем, появится практическая возможность по желанию получать потомков того или другого пола - несомненно приведут к еще большему обострению споров по вопросам морали.

Суррогатное материнство

Моральные и юридические проблемы, связанные с практикой суррогатного материнства, оказались особенно сложными. В США пока (к 1991 г.) не принято законов, запрещающих суррогатное материнство, а недавние судебные решения в Кентукки и Мичигане подтвердили юридическую силу заключаемых по этому поводу соглашений. Соответствующие проекты законов были внесены на рассмотрение законодателей по меньшей мере в 19 штатах, и можно ожидать, что хотя бы некоторые попытки регулирования или запрещения суррогатного материнства найдут свое отражение в юридических нормах.

Противники суррогатного материнства считают, что оно превращает детей в подобие товара, создавая ситуацию, в которой богатые люди смогут нанимать женщин для вынашивания своих потомков; они утверждают также, что материнство становится при этом договорной работой, поэтому стремление к выгоде может возобладать здесь над соображениями пользы для договаривающихся сторон. Кроме того, многие феминистки думают, что такая практика будет способствовать эксплуатации женщин, а некоторые церковные группы усматривают в ней дегуманизирующую, безнравственную тенденцию, подрывающую святость брака и семьи. Существуют также опасения, что некоторых суррогатных матерей может психологически травмировать необходимость отдать "своего" ребенка после установления той связи с ним, которая создалась во время 9-месячной беременности и родов (даже если вначале женщине казалось, что она сможет расстаться с таким ребенком без особых переживаний).

Сторонники использования суррогатных матерей, конечно, смотрят на эту практику совсем по-иному. Они указывают на то, что для семьи, бездетной из-за неспособности жены зачать или выносить плод, это единственный способ получить ребенка, который будет генетически "своим" для мужа. Они отмечают также, что подобная процедура, позволяющая произвести на свет желанное дитя, по сути дела не так уж сильно отличается от усыновления. По их мнению, это не коммерциализация деторождения, а глубоко человечный акт любви и сотрудничества. Этот акт связан, конечно, с потенциальными опасностями для суррогатной матери, но она способна их оценить и может сознательно пойти на риск; таким образом, решение о заключении контракта не будет для нее более рискованным, чем для многих других женщин, выбирающих себе не совсем безопасные занятия.

Сторонники суррогатного материнства не считают его формой эксплуатации женщин; они утверждают, что женщина, добровольно решившая стать суррогатной матерью, получает за выполнение этой роли достаточную материальную компенсацию, а также моральное удовлетворение от приносимой обществу пользы.

Сравнительно мало было сказано о ребенке в таких ситуациях. Ребенок может унаследовать от суррогатной матери генетические дефекты (за исключением довольно редких случаев, когда в ее матку имплантируют оплодотворенную in vitro яйцеклетку от той самой женщины, вместо которой для вынашивания плода пришлось нанять другую). Некоторые из таких дефектов, к сожалению, не могут быть выявлены современными методами. Возможно также повреждение плода в результате неосторожности суррогатной матери - например, если она будет во время беременности употреблять наркотики или недостаточно хорошо питаться. Столь же важны, но остаются пока без ответа вопросы психологической адаптации ребенка. Если ребенку объяснят (или он случайно узнает), что его родила не мать, а другая женщина, не станет ли это для него источником проблем или тягостных переживаний? А если контакты ребенка с этой женщиной будут продолжаться и после его рождения (так бывает, когда суррогатная мать - родственница или близкий семье человек), то как это может сказаться на ребенке в дальнейшем?

Неудивительно, что при таком множестве вопросов специальная комиссия Американского общества по борьбе с бесплодием (1986) выразила по поводу "суррогатного материнства" "серьезные сомнения этического характера, которые не могут быть сняты, пока не будет получено достаточных данных для оценки опасности и возможных преимуществ обсуждаемой процедуры". Ввиду этих сомнений упомянутое общество рекомендует использовать суррогатное материнство только в порядке клинического эксперимента при соблюдении следующих условий:

1. Необходимо собрать достаточные сведения о психологическом воздействии всей процедуры на суррогатных матерей, на использующие их супружеские пары и на рождающихся детей.
2. Особое внимание следует уделить тому, чтобы супруги и суррогатная мать дали добровольное согласие на процедуру, располагая всей необходимой информацией.
3. Отец и суррогатная мать должны быть тщательно проверены в отношении инфекционных заболеваний и генетических дефектов.
4. Оплата услуг специалистов - врачей, адвокатов и др. - должна ограничиваться обычными для них гонорарами; они не должны получать комиссионные за подбор участников и организацию всей процедуры.

Несмотря на такие рекомендации, в ряде случаев суррогатное материнство будет, несомненно, организовано на менее строгих условиях (и менее профессионально). Сейчас уже очевидно, что для некоторых женщин, предлагающих свои услуги в качестве суррогатных матерей, главным стимулом служат деньги, и это может толкать их на предоставление ложных сведений о состоянии здоровья или обстоятельствах жизни. Известны случаи, когда бесплодные супружеские пары, подыскивая подходящую для такой роли женщину, пытались склонить к согласию на это кого-либо из родственниц. С другой стороны, беспринципные или недостаточно серьезно относящиеся к делу адвокаты и врачи, иногда так увлекаются перспективой хорошо заработать на подборе суррогатных матерей, что не в состоянии действовать только в интересах своих клиентов. И все же, как могут засвидетельствовать сотни ранее бездетных супругов, польза от такого способа преодоления бесплодия неоценима.

Разнообразные этические вопросы, рассмотренные в этой главе, связаны с индивидуальными и общественными суждениями о надлежащем поведении в области секса и продолжения рода. В прошлые эпохи считалось, что на каждый из этих вопросов есть только один верный ответ. Сегодня же мы понимаем, что правильность тех или иных ответов относительна, так как все больше знакомимся с разными религиями и культурами, с самым широким спектром взглядов и многообразием форм сексуального поведения. Каждый человек должен сам делать собственный выбор и не навязывать свои взгляды другим.

ВЫВОДЫ

1. Иудаизм рассматривает сексуальность как дар Божий и весьма одобрительно относится к большинству ее проявлений между супругами. Правда, ортодоксальная иудейская традиция

накладывает ряд ограничений (например, осуждает аборты и применение мужских контрацептивных средств, запрещает половые сношения в течение по меньшей мере 12 дней после начала менструаций); однако представители консервативных и реформистских групп придерживаются более либеральных взглядов.

2. Согласно официальной католической доктрине, сексуальные отношения допустимы только в браке ради продолжения рода. Церковь считает греховными все формы добрачного и внебрачного секса, а также мастурбацию; кроме того, она запрещает "искусственные" методы контрацепции, аборты и развод. Однако многие католические лидеры в США, Канаде и других западных странах призывают Ватикан к пересмотру этих положений в пользу более либерального подхода.
3. Взгляды протестантов по вопросам секса образуют широкий спектр - от весьма консервативных позиций, почти неотличимых от позиции католицизма, до крайне либеральных концепций, сторонники которых поддерживают право женщин на аборт, допускают возведение гомосексуален в сан священнослужителей и терпимо относятся к любому сексуальному поведению, если оно укрепляет межличностные связи.
4. Многие люди находят, что позиция их церкви или синагоги в вопросах секса не вполне соответствует их собственным нуждам, и перестают следовать "официальным" религиозным установкам. Например, более 70% американских женщин-католичек детородного возраста пользуются "искусственными" методами контрацепции.
5. Возможен этический анализ ситуаций, в которых возникает конфликт между какими-то двумя наборами ценностей. Отражением таких конфликтов служат ведущиеся в настоящее время споры по поводу, например, отношения к абортам, новых методов преодоления бесплодия (использование донорских яйцеклеток, суррогатное материнство), судьбы замороженных эмбрионов, оказавшихся излишними, и др.

Вопросы для размышления

1. Французские "абортные таблетки" (RV-486) оказались безопасным и недорогим средством для прерывания беременности в первом триместре. Ряд небольших американских компаний готовы были продавать эти таблетки в США, однако федеральное правительство не включило их в фармакопею - список разрешенных лекарственных средств. Тем самым оно сделало препарат RV-486 недоступным для американцев. Учитывая то, что аборты в настоящее время в США легализованы, сочтете ли вы такое решение правительства морально оправданным?
2. Почему христианству исторически свойственна более репрессивная и отрицательная позиция в отношении секса по сравнению с другими религиями? Чем это в первую очередь обусловлено - религиозными убеждениями или потребностями развивающегося общества?
3. В настоящее время право на деторождение фактически признается абсолютным: никакой государственный орган не может запретить женщине забеременеть. Оправдано ли это моральными соображениями в нашем перенаселенном мире? Как быть, если женщина родила уже десяток детей? А если два десятка? Может ли со временем создаться такая ситуация, когда общество будет вправе ограничивать деторождение с помощью насильственных мер?
4. Возможно, что методы генной инженерии когда-нибудь позволят родителям по желанию выбирать, какими признаками будут обладать их потомки. Этичным ли было бы применение таких методов для того, чтобы обеспечить отсутствие у ребенка наследственных заболеваний или аномалий развития? Либо, скажем, для того, чтобы ребенок имел определенные внешние признаки, например светлые волосы или голубые глаза? Или же нам следует по-прежнему довольствоваться тем, что "выпадает по жребию природы"?
5. Есть ли какое-то различие в этическом плане между искусственным осеменением спермой донора и использованием донорских яйцеклеток? Или это морально эквивалентные акты?
6. Этично ли поведение суррогатной матери, передающей ребенка его биологическому отцу с бесплодной супругой и получающей плату за свои услуги? А что если ей нравится быть беременной, но она не желает сама выращивать детей и хочет зарабатывать на жизнь подобными услугами?

Глава 24. Этнологический аспект

Дж. Патрик Грей и Линда Д.Вольф

Этнология - наука, объясняющая как биология человека, социальное поведение людей и культура, взаимодействуя между собой, создают многообразие образа жизни, которое обнаруживается в разных частях земного шара. Ведущей концепцией этнологии является идея о том, что культурой, т.е. системой социальных установок, верований и поведения, люди овладевают как члены конкретного общества. Новорожденный ребенок ничего не знает об окружающем мире. И лишь во взаимодействии с другими людьми человек познает реальности жизни и правила поведения по отношению к ним. Различные народы "помещают" своих детей в разные реальные миры. Например, в одном уголке земного шара родители могут уверять детей, что ночные звуки издают привидения и духи, тогда как в другом ребенок узнает, что источником этих звуков являются животные. Дети в первом сообществе уверены, что в природе реально существуют привидения и духи, а во втором дети могут жить в мире, где таких существ нет. Этнологи изучают, как функционируют системы культур и как в процессе социального взаимодействия индивидуумы приобретают и меняют свою культуру.

Сексуальные установки и практика половых отношений варьируют в зависимости от места и времени; хотя первоосновой для нашего сексуального поведения является биология человека, культурные традиции оказывают самое большое влияние на то, как индивидуумы приобретают сексуальный опыт и выражают свою сексуальность. Поскольку сообщества людей характеризуются различными особенностями социальных отношений и культуры, члены этих сообществ выражают и практически используют сексуальность по-разному. Таким образом, этнологический аспект вопроса о сексуальности предполагает выяснение путей влияния социальных и культурных традиций на организацию биологических половых отношений.

В этой главе мы рассмотрим некоторые из основных вариантов человеческой сексуальности и роль культуры в том, как индивидуумы приобретают сексуальный опыт и выражают себя через сексуальное поведение.

Ограничения этнологического подхода к изучению сексуальности Этнологическое исследование, как любое научное исследование сексуальности человека, имеет определенные ограничения, которые следует учитывать при чтении этой главы.

Ограничения этнологического подхода к изучению сексуальности

Первое ограничение связано с тем, что в любом обществе половая активность в большинстве случаев проявляется в приватной обстановке; и хотя люди часто позволяют ученым внедряться во многие интимные области их жизни, сексуальное поведение обычно остается закрытым для наблюдения. Социальные установки относительно секса у большинства "незападных" народов обычно мешают исследователям-этнологам наблюдать интимные детали сексуального поведения. Это значит, что к выводам ученых о распространенности различных типов сексуального поведения в данном обществе следует относиться критически. Утверждения типа "гомосексуальное поведение встречается редко" или "изнасилование - явление обычное", как правило, основаны на том, что говорят люди в этом сообществе о половых отношениях, а не на статистических исследованиях изучаемого сексуального поведения. Конечно, большинство наших знаний о сексуальности в странах Запада получены на основании информации такого же типа: результаты опроса людей об их действиях и чувствах сопоставляются с общепринятыми представлениями о данном обществе. Перед другими исследователями, опирающимися на обзорные данные, этнологи часто имеют преимущество, поскольку они обычно работают с небольшими группами населения и часто могут оценить достоверность сообщений своих информантов.

Вторым ограничением является то, что в своем стремлении показать различие сообществ по признакам частоты половых актов и отношения к смыслу полового поведения, этнологи часто игнорируют физические аспекты секса в разных обществах. Большинство исследователей задают общие вопросы об обычаях инцеста или этических аспектах добрачных половых связей, но не считают нужным спрашивать людей об их ощущениях при сексуальном возбуждении или на что похоже чувство оргазма? Отсутствие таких вопросов делает картину подхода общества к сексуальности неполной, поскольку сексуальные ощущения переживаются и интерпретируются через призму обусловленных культурой концепций. В одном обществе большинство людей могут испытывать оргазм как ощущение энергетического истощения, тогда как большинство людей другого общества могут переживать оргазм как приятный процесс образования и освобождения тепла. Описание сексуальных ощущений важно и для понимания того, как представители данной культуры передают другим свои впечатления о сексе. Поскольку не имеющие сексуального опыта люди узнают о том, чего можно ожидать, слушая такие описания, упускается информация относительно важного компонента сексуальной социализации молодежи.

Последнее ограничение связано с тем, что вплоть до недавнего времени большинство этнологических исследований проводились мужчинами, и обычно информантами также были мужчины. Таким образом, наше представление о сексуальности вдвойне мужское. Для полного описания сексуальности в обществе необходима информация о сексуальных переживаниях женщин, о том, как они интерпретируют секс и передают впечатления о нем. До тех пор, пока не будет больше информации о сексуальности женщин у представителей различных культур, наши знания о человеческой сексуальности останутся неполными.

Варианты организации сексуальности в разных человеческих сообществах

Ребенок от рождения имеет сексуальные потенции, но каждое общество формирует их по-разному. Детей учат считать одни формы поведения и чувства правильными, а другие - неправильными. Американские дети, например, уясняют, что за некоторые поступки наказывают, тогда как за другие награждают; они слышат как взрослые одни манеры называют "хорошими", а другие - "отвратительными"; они обучаются подразделять окружающую обстановку и предметы на эротические и неэротические. Важно помнить, что по поводу сексуального поведения некорректно говорить о единой установке "американской" культуры, так как в пределах Соединенных Штатов имеются существенные расовые, этнические и классовые различия в этих вопросах. Дети в других сообществах тоже научаются отличать поступки приличные от отвратительных, эротическое от неэротического, но то, чему научились они, часто сильно отличается от того, что об этом знают американские дети. В результате в других сообществах обнаруживаются особенности сексуального поведения, отличные от таковых в Соединенных Штатах. То, как каждое общество из необработанного материала ("сырья") биологической сексуальности формирует специфическую для данного общества культуру секса, является главным предметом обсуждения в этнологических исследованиях сексуальности.

Примеры социальной организации сексуальности

Этнологи выявили социально обусловленное различие почти по каждому аспекту сексуального поведения . Так например, чрезвычайно отличается значимость любовных игр в качестве подготовки к половому общению. В культуре лепха в Гималаях (Gorer, 1938) рассматривают секс как удовольствие и для мужчины, и для женщины, хотя единственной формой любовной игры является нежное поглаживание мужчиной груди партнерши непосредственно перед половым актом. Наоборот, исследователи других культур сообщают, что крайне необходимым компонентом в сексуальном свидании являются длительные любовные игры. У племен, населяющих острова Тихого океана, предварительные игры перед сношением могут продолжаться часами.

Различие касается не только длительности любовных игр, но и их форм. Поцелуи и другие действия с губами общеприняты в мире, но некоторые народы (такие как тонга Южной Америки) их не приемлют. Оральная стимуляция гениталий также не универсальна; некоторые культуры к фелляции и куннилингусу относятся как к рутинной манипуляции, ведущей к коитусу, тогда как другие считают ее неестественной.

Другой пример вариации сексуального поведения у различных народов - положение, в котором осуществляется половой акт. Так называемая миссионерская позиция обычна во всем мире, и несмотря на название, ее распространение, вероятно, не является результатом подавления рьяными миссионерами сексуальной практики коренных жителей. Однако во многих обществах действительно предпочитают другие позиции для полового общения. В "океанической" позиции мужчина сидит на корточках или стоит на коленях между ногами женщины, лежащей на спине, и подтягивает женщину к себе так, что ее широко расставленные ноги охватывают его бедра. Совокупляющиеся могут затем обниматься в положении сидя на корточках. Это положение часто используется у некоторых тихоокеанских народов, но встречается также и в других частях света.

В позиции, которую Грегерсен (E.Gregersen, 1982) назвал африканской, партнеры при половом акте лежат бок о бок лицом друг к другу. Это положение действительно является предпочтительным в африканских культурах, однако оно используется также и в отдельных сообществах американских индейцев. Этнологи не выявили обществ, где коитус сзади или при положении женщины сверху использовались бы чаще всего, но у многих народов эти позиции считаются приемлемыми альтернативами наиболее распространенного положения.

Последний пример различия в сексуальности касается способа эротизации тела. Стандарты красоты варьируют в различных обществах, хотя, вероятно, существуют некоторые характерные черты, которые делают потенциального сексуального партнера привлекательным для всех. Физические признаки здоровья, например хорошее состояние волос, кожи и зубов или энергичные движения обычно считаются притягательными как свидетельство моложавости партнера. В остальном среди разных культур представления о привлекательности сексуального партнера расходятся. Например, идеализация худых женщин, свойственная индустрии западной моды, не универсальна. У большинства народов считается, что привлекательнее более крупные женщины. Разные культуры выбирают также разные части тела в качестве

главных эротических зон. В большинстве американских субкультур эротизируется женская грудь, однако во многих других обществах это не принято. Эротизация женских гениталий, вполне обычная у некоторых народов, для американского общества не характерна. Различия типа и количества одежды также имеют отношение к различиям эротизации тела. В обществах, где принято закрывать большую часть тела, эротическое внимание может быть сосредоточено на остающихся незакрытыми деталях, например глазах, ушах или лодыжках. К сожалению, мало данных о том, как женщины эротизируют мужское тело. Некоторые авторы полагают, что сведений недостаточно потому, что женщин больше интересуют в мужчинах их возможности обеспечить экономические гарантии или престиж, чем мужская сексуальная привлекательность. Хотя это объяснение правдоподобно, оно серьезно не проверялось путем опроса женщин "незападных" культур, какие физические качества мужчин их привлекают. Кроме того, как свидетельствуют многие художественные произведения, женщины могут выйти замуж по расчету и при этом иметь четкое представление о красоте и эротичности мужского тела.

Хотя различия в любовных играх, коитальных позициях и стандартах красоты указывают на широкий диапазон многообразия сексуальности, эти проблемы этнологами систематически не изучались. В результате их причины и следствия нам не ясны. Однако существуют четыре области, относительно которых этнология располагает достаточно полными данными: отношение к инцесту, контроль за сексуальностью молодежи, правила брака и модели гомосексуального поведения мужчин.

Запрет инцеста

Общей для всех человеческих сообществ традицией в отношении секса является запрет инцеста. Согласно определению в гл. 18, инцест - сексуальные отношения между близкими родственниками. И хотя любая культура осуждает инцест, однако толкование, каких именно родственников считать слишком близкими для сексуального поведения, варьирует в разных обществах. Кроме того, и наказание за совершение инцеста колеблется от простого осмеяния партнеров до угрозы смертельной расправы над ними.

Происхождение и значение запрета сексуальных отношений между кровными родственниками - темы, горячо обсуждаемые в этнологии, и существуют три главных теоретических школы, в основе которых лежит разное объяснение неприемлемости инцеста: биологическое, социологическое и культурное.

Внимание представителей биологического толкования (Shepher, 1983) сосредоточено на том, что запрет инцеста предупреждает инбридинг человеческой популяции. Теоретики этой школы указывают на то, что тенденция избегать инбридинга проявляется у большинства приматов. То есть животные, несмотря на отсутствие у них культурных запретов, не спариваются с близкими биологическими родственниками (родителями, родными братьями и сестрами или потомками). Бабуины, например, избегают инбридинга, поскольку самцы в возрасте, близком к пубертатному, оставляют стадо, где родились, и присоединяются к новому. Некоторые взрослые самцы-бабуины много раз в течение своей жизни меняют стадо, уходя из каждой группы раньше, чем дочери самца-производителя достигнут половой зрелости. У нескольких видов приматов, например у шимпанзе, из стада в стадо переходят не мужские, а женские особи.

Биологическая трактовка, таким образом, предполагает, что первоосновой культурных правил против инцеста является тенденция избегать спаривания с близкими родственниками. Некоторые теоретики видят опору такой трактовки в том факте, что мифы о происхождении запрета на сексуальные отношения между близкими родственниками часто упоминают о рождении детей с уродствами как наказании за нарушение этого запрета.

Социологическая и культурная теории отмечают, что правила инцеста часто запрещают секс не только между генетическими родственниками, но и между людьми биологически не родными. Например, священная книга Ислама, Коран, запрещает брак между двумя людьми, вскормленными одной кормилицей, даже если они не связаны биологическим родством. У некоторых народов секс разрешен между одними родственниками, но запрещен между другими. Например, мужчина может обвиняться в инцесте, если он имеет половую связь с дочерью брата его отца или дочерью сестры его матери. Однако женитьбу того же мужчины на дочери брата его матери или дочери сестры его отца общество одобряет. Все эти женщины являются двоюродными сестрами данного мужчины, и биологическая теория не может объяснить, почему секс разрешен с одними из них и запрещен с другими.

Социологические теории доказывают, что запрет инцеста дает возможность обществу спокойно функционировать. Согласно одной из социологических трактовок, такой запрет существует в связи с тем, что семьи или группы должны объединяться с другими семьями или группами ради укрепления экономической и военной силы. Один из наиболее эффективных путей такого объединения - бракосочетание. Поскольку внутри группы сексуальные отношения запрещены, люди вынуждены искать сексуальных партнеров и пару для супружества среди мужчин и женщин других групп.

Другая социологическая теория предполагает, что семьи функционируют наиболее эффективно, когда внутрисемейные роли четко определены и не смешиваются. Кровосмесительные взаимоотношения между родителями и детьми будут путать эти роли, так что вовлеченные в эти отношения люди теряют четко

очерченные ориентиры поведения. Кроме того, сексуальные отношения между родителями и их детьми влияют на взаимодействие родителей друг с другом. Согласно этой теории, разрешение сексуальных отношений между родителями и потомством привело бы к громадному социальному беспорядку, так что общество вынуждено предупреждать такие отношения.

Наконец, авторы культурных трактовок (Wagner, 1972; Heritier, 1982) запрета на инцест считают и биологические и социологические теории неполными, поскольку в них не учитывается то, как в разных обществах формируется концепция инцеста. Например, концепция инцеста всегда связана с определением родства, что варьирует в разных обществах. У большинства народов родственниками считают людей, имеющих общие гены. В других обществах люди называются родственниками, если они делят между собой пищу, землю или занимаются совместной деятельностью. Хотя у таких родственников нет никакой биологической связи, секс между ними запрещен как кровосмесительный .

Тот факт, что правила инцеста служат не только для профилактики инбридинга, наиболее ярко иллюстрируют следующие примеры. У народности самбия Новой Гвинеи (общество с ритуализированным гомосексуальным поведением) мальчики-подростки обязательно вовлекаются в гомосексуальное сожительство со старшими мужчинами. Ясно, что в результате таких отношений зачатие невозможно, однако запреты все же действуют и здесь. Мальчикам нельзя заниматься сексом с их отцами, братьями их отцов и их собственными братьями. Во многих обществах предписаны обстоятельства, при которыс запрет на инцест должен быть нарушен. Например, вожди африканского племени леле, приходя к власти, вступают в сексуальные связи с сестрами по клану (Douglas, 1963). Нарушение вождем табу выделяет его как человека, стоящего вне правил обычной морали.

Хотя ни одна из теорий не является полностью корректной, важно понять, как каждая культура объясняет запрет на инцест и как этот запрет влияет на сексуальные отношения в обществе. Даже если изначально табу на сексуальные отношения между родственниками вводили из-за необходимости избегать инбридинга, каждое общество умело использовало этот запрет в своих целях.

Секс и социальное поведение

Сексуальное поведение людей довольно часто сравнивают с сексом у животных. До недавнего времени считалось, что животные сексуально не заторможены правилами, окружающими сексуальность людей. Однако такое представление не подтверждается в исследованиях последнего времени. Оказалось, что у обезьян Старого Света и высших приматов сексуальная жизнь сложно организована и ее изучение может помочь нам разобраться в некоторых аспектах сексуальности человека.

Исследования показали, что в отличие от многих других млекопитающих сексуальное поведение и процессы сексуального возбуждения у обезьян Старого Света и высших приматов стали, по крайней мере частично, независимыми от гормонального контроля. Вместо гормонов, важную роль в развитии и поддержании сексуального поведения играет подготовка к жизни в стабильной социальной группе, сексуальные пробы и переживания в период взросления. Когда, например, в лабораторных экспериментах совсем маленьких детенышей обезьян лишали социального контакта с представителями их вида, во взрослом состоянии у них не развивались типичные для обезьян сексуальные навыки, даже если уровень половых гормонов был нормальным. Эти эксперименты с депривацией обезьян демонстрируют, что обучение и жизненный опыт имеют первостепенное значение в развитии сексуального поведения взрослых (Harlow и Mears, 1979).

Половое поведение у приматов также стало сопряженным с социальными отношениями и развитием несоциальных связей между индивидуумами. Во-первых, развитие социальных связей между двумя отдельными приматами на ранних стадиях жизни может препятствовать их спариванию, когда они станут взрослыми (Wolf, 1979). Во-вторых, прежде чем может осуществиться спаривание,должны быть установлены социальные отношения. Например Сматс (Smuts 1985) сообщает, что взрослые самцы среди са-ванных павианов добиваются дружбы с самками и лишь затем с ними спариваются. В-третьих, самки могут брать и действительно берут инициативу в сексе, и в конце концов, после множества копуляций между двумя одними и теми же особями, характерной чертой сексуального взаимодействия становится взаимно координированное поведение. Другими словами, сексуальное поведение больше, чем просто секс: оно побуждает самок и самцов выбирать среди возможных партнеров,устанавливать дружеские социальные отношения, проявлять соответствующее поведение,стимулирующее половую активность, и добиваться взаимодействия. Как и у людей, спаривание среди обезьян Старого Света и высших приматов осуществляется в пределах социальной системы.

Приматологи описали также акты гомосексуального поведения среди обитающих "на свободном выгуле" (то есть живущих на лоне природы) самок японских обезьян и макак резус, длиннохвостых лангуров, горилл, бонобос, а также среди самок лабораторных макак резус, львинохвостых и свинохвостых обезьян. Распространенность гомосексуализма среди самок японских обезьян варьирует от одной группы к другой, и, возможно, связана с традициями группы и доступностью чужих самцов-партнеров для спаривания (Wolf, 1984). В случаях гомосексуального поведения самок действуют те же правила избегания инцеста, что и при

гетеросексуальном поведении (Wolf, 1984). О гомосексуализме среди самцов известно меньше, чем о гомосексуальном поведении самок; этот недостаток информации может быть обусловлен любым из следующих факторов или всеми сразу:

Гомосексуальное поведение среди самок обезьян и высших приматов действительно более частое явление, чем среди самцов.

Самцы более скрытны в отношении своих гомосексуальных контактов, чем самки, и следовательно, выявить такие контакты менее вероятно.

В связи с гомофобией нашего общества приматологи уклоняются от сообщений о гомосексуальном поведении самцов.

Поскольку обезьяны и высшие приматы не умеют говорить, невозможно выяснить их сексуальное предпочтение. Следовательно, понятие "гомосексуальное поведение" используется как чисто описательный термин, подразумевающий все, что связано с сексуальным поведением между двумя особями одного пола. Другими словами, гомосексуальное поведение можно наблюдать, регистрировать и анализировать; но на основе гомосексуального или гетеросексуального поведения нельзя сделать вывод о гомосексуальном предпочтении.

Сексуальность молодежи

Установки в отношении формирования сексуального поведения молодежи возникают в обществе не на пустом месте. Подходы к выполнению этой задачи определяются такими факторами, как уровень технического прогресса общества, его экономическое состояние и социальные отношения.

Взрослые во всех уголках Земли проявляют активный интерес к сексуальному поведению своих детей и молодежи в целом. Некоторые культуры (называемые пермиссивными, или терпимыми) предполагают вовлечение детей и подростков в сексуальные отношения, и взрослые не препятствуют этому, следя лишь за тем, чтобы не нарушались правила инцеста. В других культурах (называемых рестриктивными, или ограничительными) взрослые пытаются воспрепятствовать сексуальной активности молодых людей до их вступления в брак.

Представители народности мурия гонд в Индии (Elwin, 1968) живут по законам пермиссивного общества. Мальчики и девочки старше десяти лет организуют готал, в котором они живут вместе отдельно от взрослых. Время, проведенное в готале, считается самым счастливым периодом в их жизни. До вступления в брак юноши и девушки проводят вечера вместе, поют песни и танцуют, а затем удаляются, чтобы заниматься сексом, обычно на виду у других членов готала. В некоторых готалах поощряется половая связь всех членов одного пола со всеми членами противоположного пола (только бы не случилось инцеста); более того, любой мальчик, который спит с одной и той же девочкой более трех ночей подряд, подвергается наказанию. Интересно, что основная причина существования такого правила - профилактика зачатия. В сообществе мурия гонд полагают, что оплодотворение происходит лишь при многократных половых актах между партнерами. Другой причиной является стремление с помощью этого правила предупредить случаи проявления ревности в пределах готала.

Обычно люди своих супругов находят не в готале. Пары для брака часто подбираются родителями, когда дети еще очень маленькие. Хотя обрученные дети обычно принадлежат к разным готалам, если они все же попали в один и тот же готал, им не разрешается иметь сексуальные контакты. После бракосочетания в позднем юношеском возрасте пара покидает готал. Замужняя женщина или вдова никогда в него не возвращаются, но женатого мужчину, популярного у молодежи, иногда могут пригласить вернуться в готал, и там он даже может вступать в половую связь с незамужними женщинами, хотя такие приглашения редки.

Египтяне народности силва (Ammar, 1954) представляют рестриктивное (ограничительное) общество. Хорошая репутация семьи зависит здесь от того, как семья контролирует сексуальную жизнь своих дочерей. Женихи рассчитывают на девственность невест, и чтобы гарантировать это, семьи препятствуют общению дочерей с мальчиками. Девочки носят длинные черные покрывала, скрывающие их фигуру, и закрывают лицо чадрой. В возрасте 7-8 лет девочкам удаляют клитор, поскольку верят, что это уменьшит опасность вовлечения девочки в половые отношения до брака. Поскольку девочки выходят замуж в возрасте 12-13 лет, потенциальный период для добрачных половых связей короткий, но родители все же не могут быть спокойны до тех пор, пока их дочери благополучно не выйдут замуж.

Большинство культур не являются ни такими пермиссивными, как мурия гонд, ни такими рестриктивными, как египтяне-силва. По данным Барри и Шлегеля (Barry, Schlegel, 1984, 1985), в тех обществах, где запрещают добрачную половую активность девочек, проявляется тенденция удерживать и мальчиков от ранних сексуальных связей. Однако при наличии в обществе двойного стандарта по поводу добрачного секса

мальчикам всегда предоставляется большая свобода. Брауде и Грин (Broude, Green, 1976) изучали установки относительно добрачного сексуального поведения женщин в 141 сообществе и примерно 25% из них они отнесли к ограничительным из-за решительного осуждения добрачного секса для женщин. Во многих из этих сообществ невесты должны демонстрировать свою девственность в свадебную ночь. Если жених обнаружит, что невеста не девственница, брак с ней немедленно может быть расторгнут, что опозорит ее семью и заставит вернуть все свадебные подношения, полученные за невесту. Другие 25% сообществ одобряют добрачный секс у женщин. В этих культурах женская невинность не ценится, и подростки обычно имеют сексуальный опыт до брака. Еще 37% сообществ, по данным этих авторов, дозволяют благоразумный добрачный секс, который не приводит к беременности. В остальных сообществах, не одобряя потерю девушкой девственности до брака, не наказывают ее сурово, если это произошло, либо допускают добрачный секс между невестой и женихом.

Брауде и Грин установили, что в 77% из исследованных ими сообществ добрачный секс для мужчин - явление обычное, а в 12% - редкое. Сексуальная жизнь до брака у женщин в 65% обществ встречалась часто, а в 20% - редко. Как можно ожидать, распространенность добрачньк половых связей и среди мужчин, и среди женщин ниже в тех обществах, где секс до брака не одобряется.

Этнологи обнаружили, что чем сложнее культура, тем больше выражены в ней ограничительные установки по отношению к добрачной сексуальной активности. (Более сложные общества характеризуются социальным расслоением, например на классы или касты, и наличием иерархической структуры.) До конца не ясно, почему сложность культуры должна вести к ограничительным установкам. Мэрдок (Murdock 1964) отводит важную роль в этом вопросе экономическим проблемам. В сложноорганизованных обществах с развитым сельским хозяйством существенное значение для умения заработать на жизнь могут иметь дисциплина и саморегуляция. Мэрдок считает, что когда молодые люди учатся контролировать сексуальные побуждения, они также приучаются к самодисциплине, необходимой для успешного выживания в зрелом возрасте. В технологически менее сложных обществах к дисциплине не обязательно приучаться в таком раннем возрасте и, возможно, нет причины контролировать сексуальные порывы подростков. В сложных сообществах с большой дифференциацией имущественного положения людей причиной рестриктивных установок и отсрочки репродукции может быть стремление семей сохранить богатство путем ограничения количества потомков, претендующих на имущество.

Этнологи отметили также, что отношение общества к сексуальному поведению молодежи связано с установками в этом обществе относительно других аспектов половой жизни. По данным Брауде (Broude 1976), в рестриктивных обществах, где не одобряется добрачная сексуальная жизнь женщин, обычно запрещаются и внебрачные половые связи как для женщин, так и для мужчин. Удивительно, но именно в этих обществах человеку предоставляется наибольшая свобода в выборе своего суженого. Согласно данным Брауде, не выявляется связи между частотой изнасилования и отношением к добрачной сексуальности или распространенностью мужского гомосексуального поведения, хотя рестриктивные культуры более, чем пермиссивные, склонны запрещать гомосексуальные связи. Ограничительные сообщества обычно отличаются тщательно разработанным церемониалом бракосочетания, ритуалом выкупа за невесту или приданого, а также правом мужа расторгнуть брак с женой на почве бесплодия или прелюбодеяния. Женщины же у таких народов часто не имеют права на развод или повторный брак после смерти супруга (Frayser, 1985).

Правила заключения брака

В любом обществе правила, регулирующие половую активность, включают отношения, которые этнологи именуют термином "брак". Хотя большинство ученых полагают, что брак существует у всех народов, смысл, который они вкладывают в это понятие, варьирует. Вот, например, одно из тщательно сформулированных определений.

Брак - сделка с заключением контракта, в котором персона (мужчина, корпоративно [юридическое лицо] или индивидуально, лично или по доверенности) устанавливает постоянное право на привилегию сексуального доступа к женщине - эта привилегия имеет приоритет перед правами других претендентов до тех пор, пока не закончится контракт, заключенный при данной сделке - и в котором подразумеваемая женщина имеет право рожать детей. (Goodenough, 1970, с. 12-13).

Трудно узнать в этом определении брак в понимании Запада! В нашем обсуждении мы обойдем вопрос о точной формулировке и в дальнейшем будем исходить из предположения, что в каждом обществе есть некие отношения, которые легко распознаются как брачный союз.

В исследованиях, посвященных браку, большое внимание уделяется вопросу о том, почему в одних обществах человеку позволено иметь одновременно более одного супруга (полигамия), тогда как в других это запрещено. Мэрдок при обследовании 862 обществ обнаружил, что в 83% из них мужчине позволено иметь более одной жены сразу (полигиния), причем у большинства только одна жена, но у некоторых жен много. В выборке Мэрдок представлены только четыре сообщества, где женщины имели право заключать брак более

чем с одним мужчиной в одно время (полиандрия). В 16% обследованных популяций узаконен моногамный брак. Большинство моногамных культур разрешают повторные бракосочетания после развода или смерти супруга (последовательная моногамия), но у некоторых народов повторные браки запрещены.

Барри и Шлегель (Barry, Schlegel, 1984) обнаружили, что на правила о количестве жен у мужчины существенно влияют экономическая и политическая системы общества. В обществах технологически и политически простых обычно разрешена полигиния, хотя в племенах, живущих за счет охоты и сбора даров природы, много жен имеют лишь единицы. И наоборот, в индустриальных обществах нормой является моногамия, хотя некоторые мужчины поддерживают неформальные, похожие на брак отношения более чем с одной женщиной одновременно.

Наиболее полную теорию полигамии предложил Эмбер (Ember 1974, 1984/85), который отмечает, что во многих доиндустриальных обществах войны приводили к избытку женщин. В этом случае рождаемость может расти только в условиях полигинии. Эмбер показал также, что в обществе, где обычна полигиния, средний возраст первого вступления в брак для мужчин примерно на семь лет выше, чем возраст первого замужества у женщин. По его мнению, это можно объяснить тем, что военизированное общество задерживает брак у мужчин до тех пор, пока они по возрасту не выйдут из основной призывной группы: ведь жена воина может быть родом из враждебного лагеря и переживаемые им родственные чувства могут сказаться на его бойцовских качествах.

Согласно теории Эмбер, в социально расслоенных обществах с интенсивно развитыми сельским хозяйством и промышленностью полигамия должна встречаться редко, поскольку соотношение полов в них более сбалансировано. К тому же одинокие женщины в таких странах могут жить и воспитывать детей без поддержки мужчин. Некоторые теоретики-экономисты утверждают, что очень немногие мужчины в индустриальных обществах могут позволить себе содержать одновременно более одной семьи, но этот аргумент не объясняет, почему в таких культурах часто получают одобрение законы, запрещающие полигинию.

В обществах, где дозволена полигиния, более распространены внебрачные половые связи, чем в моногамных культурах (Broude и Green, 1976). С другой стороны, степень полигинии не выявляет связи с частотой мужской или женской добрачной сексуальной активности. Причина большей распространенности внебрачных половых отношений в обществах с полигинией не ясна, но, возможно, это связано с важностью женского труда в этих обществах. Мужчина может иметь много жен, но поскольку они работают, он не может постоянно контролировать их. Другим фактором. увеличивающим частоту внебрачного секса в некоторых культурах с полигинией, является то, что мужчины часто позволяют братьям или другим кровным родственникам-мужчинам иметь связь со своими женами. Это может продолжаться до тех пор, пока муж не отдаст жену своему родственнику или же последний не найдет себе жену сам.

В человеческих сообществах возможны и многие другие варианты правил брака. Например, иногда требуется находить партнеров для брака вне данной группы людей или деревни (экзогамия), тогда как в других обществах необходимо найти супруга в своей группе или деревне (эндогамия). У некоторых народов принято заключать брак с особой, принадлежащей к определенной категории родства, например с двоюродной сестрой по материнской линии или только с двоюродной сестрой по отцовской линии. Происхождение и функции этих различных правил брачных союзов остаются предметом обсуждения среди этнологов.

Модели мужского гомосексуального поведения

Отношение к гомосексуальному поведению является важной характеристикой общества. Распространенность этого феномена в разных культурах значительно варьирует. Здесь не обсуждается женское гомосексуальное поведение из-за недостаточности данных по этому вопросу. Будущие исследования несомненно обеспечат дополнительную информацию. Однако правда также и то, что в большинстве культур не разработан символический образ женского гомосексуализма.

В гл. 16 определено различие между гомосексуальным поведением и гомосексуальным предпочтением. Половые акты между представителями одного пола осуществляются независимо от эротического предпочтения участников. Два мужчины, эротически предпочитающие женщин, могут вступать в половые отношения без изменения их эротической ориентации. То есть их эротическое предпочтение остается гетеросексуальным, а поведение - гомосексуальное. Случается и обратная ситуация. Если мужчина, сексуально предпочитающий мужчин, вовлекается в половую связь с женщиной, его эротическое предпочтение является гомосексуальным, тогда как поведение гетеросексуальное. Мы относим человека к гомосексуалам лишь в случае, если у него гомосексуальна эротическая направленность.

Поскольку эротическое предпочтение может не проявляться в поведении, оставаясь лишь в мыслях, этнологи не знают, варьирует ли распространенность гомосексуальности в разных обществах или в разное время в пределах одного общества. Однако известно, что отношение (установки) к мужскому гомосексуальному поведению в разных культурах разное (Whitham, 1983; Blackwood, 1986; Endleman, 1986), что может создать

иллюзию о различиях между обществами по частоте встречаемости гомосексуальности. Для иллюстрации рассмотрим три общества. Одно общество довольно терпимо (совершенно толерантно) относится к мужскому гомосексуальному поведению, и следовательно, гомосексуалы достаточно открыто говорят о своем поведении. Во втором обществе все мужчины обязательно вовлекаются в гомосексуальное поведение во время периода становления половой зрелости. Наконец, в последнем обществе мужское гомосексуальное поведение клеймят позором и строго наказывают, и большинство гомосексуалов не выявляют своих сексуальных пристрастий открыто.

Легко сделать вывод, что в первых двух обществах гомосексуалов больше, чем в последнем, но это заключение, возможно, неверно. В первом обществе гомосексуалов не наказывают за их поведение, и следовательно сторонний наблюдатель скорее всего увидит много признаков гомосексуального поведения. В обществе, где гомосексуальное поведение представляет собой некий ритуал (ритуализированная гомосексуальность), громадное большинство мужчин, участвующих в гомосексуальных связях в пубертатном и юношеском возрасте, являются гетеросексуалами, выполняющими гомосексуальные акты. В последнем обществе может быть также много гомосексуалов, как в первых двух, но их сексуальное предпочтение скрыто от общественности. Таким образом, распространенность гомосексуалов может быть одинаковой в трех обществах, но частота выявления гомосексуальных актов при обследовании может быть совершенно различной.

Факторы, влияющие на отношение общества к гомосексуальности

Этнологи идентифицировали ряд факторов, влияющих на отношение общества к мужскому гомосексуальному поведению. Вернер (Werner, 1979) обнаружил, что в тех культурах, где хотя бы часть популяции вовлекалась в гомосексуальное поведение, часто разрешены аборты и убийство новорожденных. Напротив, культуры, запрещающие любой вид гомосексуального поведения, не приемлют ни абортов, ни детоубийства. По мнению Вернера, социальные установки в отношении к гомосексуальности связаны с заботой о размере популяции. В малочисленных сообществах гомосексуализм, аборт и детоубийство запрещены. Если общество беспокоит перенаселенность, эти три типа поведения разрешено проявлять открыто. Выводы, сделанные Вернером, помогают объяснить исторические изменения установок в индустриальных обществах в отношении гомосексуальности.

По данным Рейса (I. Reiss, 1986), высокая распространенность мужского гомосексуального поведения в обществе коррелирует с очень малым участием отца в воспитании детей. В таких обществах мальчикам трудно научиться играть соответствующую их мужскому полу роль, поскольку они слишком мало контактируют со своими отцами или другими взрослыми мужчинами (Chodorow, 1978). В этом случае возможно широкое распространение мужских гомосексуальных связей по одному из двух путей. В тех обществах, где гомосексуальное поведение не запрещено, мальчики, которым трудно ощущать себя мужчиной (имеются затруднения с мужской самоидентификацией), могут отказаться от свойственной мужчинам гетеросексуальности и обратиться к гомосексуальному поведению. Второй путь выявляется в тех обществах, где мужское превосходство базируется на существовании активных групп мужчин, связанных кровным родством. В таких сообществах большинство мужчин гетеросексуалы, но они используют гомосексуальное поведение для того, чтобы подчеркнуть некую избранность своей группы.

Работы Рейса (1986) и Вернера (1979) демонстрируют некоторые возможные объяснения вариации социальных установок в отношении гомосексуального поведения. Другой аспект межкультурных различий обнаруживается в традиции противопоставления гетеросексуального и гомосексуального поведения.

Традиции американского общества

Большинство американцев убеждены, что люди рождаются мужчинами или женщинами, и "естественно" желают сексуальных отношений с лицами противоположного пола. Гомосексуальное поведение рассматривается как альтернатива, неприемлемая для гетеросексуального большинства, и каждый человек выбирает для себя лишь один из видов поведения, избегая другого, кроме случаев попадания в экстраординарные условия (например, заключение в тюрьму). (Хотя в настоящее время многие люди имеют понятие о бисексуальности, это не играет большой роли в концепции о взаимоотношении между гомосексуальным и гетеросексуальным поведением, которого придерживаются большинство американцев.) Несмотря на широкую известность представлений о различии между половой ролью и эротическим предпочтением или между транссексуализмом, трансвестизмом и гомосексуальностью, для американской культуры наиболее традиционно считать естественным совпадение половой роли, эротического предпочтения и сексуального поведения. Таким образом, когда мужчина добровольно ведет себя как гомосексуал, считают, что он либо более женственен, либо менее мужественен, чем мужчина-гетеросексуал. Обычным убеждением американцев является и представление о том, что гомосексуальное поведение - результат заболевания или моральной депривации.

Традиции народности азанде

У некоторых народов принято разделять биологический пол, эротическое предпочтение, половую роль и сексуальное поведение. Например, в традициях многих обществ обнаружена тенденция отделять понятия биологический пол и эротическое предпочтение от сексуального поведения и определять сексуальное поведение в зависимости от возраста и половой роли. Такая традиция была характерна для африканской народности азанде до ее покорения Британией (Evans-Pritchard, 1970, 1971).

У азанде было мало свободных женщин, так как мужчины могли иметь более одной жены. В результате некоторые мужчины для сексуального удовлетворения были вынуждены обращаться к мастурбации (что не считалось позорным) или брать себе в "жены" мальчиков в возрасте 12-20 лет. Родителям мальчика "муж" должен был платить выкуп и вести себя с ними так, как положено покорному зятю (муж дочери). Если мальчик провел ночь с другим мужчиной, его "муж" мог потребовать немедленно заплатить за нарушение супружеской верности. Мальчик выполнял все работы по дому и сохранению имущества, которые обычно выполняла женщина. Пара спала вместе ночью и занималась сексом, при этом "муж" вставлял свой пенис между бедрами мальчика. Эванс-Притгард отмечает, что азанде испытывали отвращение к идее о коитусе через анус. В его сообщении нет упоминания об орально-генитальном сексе, кроме того мальчик, по-видимому, не менялся сексуальными ролями с "мужем".

Когда мальчик-жена достигал зрелости, он становился воином и покидал своего мужа, вероятно, чтобы жениться на женщине. Если не удавалось найти подходящую женщину или заплатить выкуп за невесту, он мог жениться на юном мальчике. Бывший муж мальчика мог взять в жены другого мальчика или, если был способен заплатить выкуп, женщину. Если мужчина был примерным зятем, его тесть и теща могли отдать ему вместо своего сына одну из своих дочерей. После женитьбы на женщинах мужчины больше не возвращались к гомосексуальному поведению.

Обычай брать в жены мальчика у азанде - ситуация, когда несовершеннолетние мужчины вовлекались в гомосексуальные связи, имея гетеросексуальное эротическое предпочтение (хотя некоторые из них могли иметь и гомосексуальное предпочтение). В этом обществе таких мужчин не считали биологически или морально извращенными. Мальчик-жена играл женскую роль до тех пор, пока не становился воином, в этот момент жизни он полностью переключался на диктуемую его полом роль мужчины. К гомосексуальному поведению в основном относились как к замене гетеросексуального поведения, к сожалению необходимой из-за нехватки женщин.

Занимавшихся гомосексуализмом мужчин азанде не клеймили позором, а считали, что такая их половая активность не имеет большого значения; мужской гомосексуализм бьы не более, чем способом снять сексуальное напряжение. Совсем иначе относились у азанде к женскому гомосексуальному поведению. Считалось, что если в большой полигиничной семье муж не имеет со своими женами полового контакта достаточно часто, чтобы снимать их сексуальное напряжение, женщины могут обращаться друг к другу по поводу секса, но их отношения каким-то сверхъестественным путем способны привести к смерти их мужа. Представители народности азанде полагали, что мужской гомосексуализм не влияет на будущее сексуальное поведение ни мужа, ни его мальчика-жены, но если в гомосексуальные связи вовлекаются женщины, они и далее будут продолжать этим заниматься, поскольку обучаются самостоятельно получать сексуальное удовлетворение.

Меланезийская модель

Третья культурная традиция (модель) гомосексуального поведения иллюстрируется некоторыми меланезийскими сообществами, в которых гомосексуальная активность рассматривается как необходимая для подготовки мужчины к гетеросексуальному половому общению (Herdt, 1981, 1984). У некоторых из этих народностей предполагалось, что единственный способ для мальчика вырасти в зрелого и активного взрослого, способного выполнять свою мужскую роль в жизни, - принимать сперму старшего мужчины. Идея о том, что гомосексуальное поведение необходимо, чтобы стать полноценным взрослым мужчиной, не имеет ничего общего ни с общепринятой американской моделью, согласно которой гомосексуальное поведение обычно мешает как гетеросексуальному поведению, так и полноценному выполнению мужской роли в обществе, ни с традицией азанде, где на гомосексуальное поведение смотрят лишь как на простую альтернативу гетеросексуальной активности, не оказывающую какого-либо значительного влияния на постоянную половую жизнь.

Меланезийское общество с присущим ему ритуальным гомосексуальным поведением мужчин лучше всего описал Хердт (Herdt 1981, 1986). Он изучал традиции народности самбия в Новой Гвинее. Оказалось, что представители этой народности разделены на воюющие между собой группы. Воинственность - основная отличительная черта мужчин самбия. Они видят в женщинах желанных половых партнеров, однако считают, что секс с ними ослабляет мужчину и подрывает его способность наиболее полно выразить свою мужскую сущность. Одной из причин такого антагонизма между мужчинами и женщинами у самбия, возможно, является то, что жены часто происходили из вражеских групп.

Ключом к разгадке самбианской модели гомосексуального поведения является вера этих людей в то, что половое созревание мужчин и женщин проходит по-разному. Девочке, чтобы превратиться в женщину, не нужно никакой особой помощи. А мальчику, чтобы вырасти в сильного и статного мужчину, нужно, чтобы его половой орган снабжался спермой от старших мужчин. Не всю сперму, которую забирает мальчик, использует этот орган для обеспечения роста, некоторая часть запасается на будущее, чтобы мальчик мог заниматься сексом, когда станет взрослым.

Юных мальчиков начинают вводить в мужское общество в возрасте 7-10 лет. В это время они отделяются от своих матерей и начинают жить в мужской казарме. Мальчиков подвергают множеству болезненных обрядов для избавления от скверны, которую они накопили, когда жили вместе с женщинами. Например, их заставляют заглатывать гибкие прутья, чтобы вместе с рвотой, вышли частички грязи, а также колоть нос острыми листями, чтобы слить загрязненную материнскую кровь из своих тел. Параллельно с освобождением от скверны, они начинают наполнять себя спермой, выполняя акты фелляции с более взрослыми мужчинами.

Мальчик не должен получать сперму от своего отца или других близких по крови мужчин; считается самым лучшим, если он принимает сперму от мужа своей сестры. Передача спермы - не одноразовый обрядовый акт; после представления к ритуальному поглощению спермы, юные мальчики должны принимать ее каждый день.

Через шесть-восемь лет заглатывания спермы посвященный становится донором спермы для юных мальчиков из других групп. В течение нескольких лет после этого он продолжает избегать женщин и участвует только в гомосексуальных актах. Однако вскоре после достижения 16 лет юноша женится, обычно на девочке еще до появления у нее менструаций. На протяжении одного-двух лет новобрачный феллятируется как его невестой, так и мальчиками. Однако тотчас после начала у его жены менструальных выделений посвященный начинает заниматься с ней сексом и гомосексуальное поведение должно прекратиться. Существовало представление, что влагалище загрязняет пенис и размещать оскверненный пенис во рту юного мальчика было бы губительно.

Описанные традиции народности самбия заставляют задуматься о механизмах развития сексуальной идентификации и эротического предпочтения. Согласно распространенным в американском обществе взглядам, обязательное вовлечение мальчиков самбия в гомосексуальное поведение, должно было бы превратить многих из них в гомосексуалов. Тем не менее большинство мужчин этой народности, повзрослев, имеют гетеросексуальное эротическое предпочтение. По данным Хердта (Herdt 1981), менее 5% взрослых мужчин продолжают предпочитать гетеросексуальному поведению гомосексуальные связи с мальчиками. Таких мужчин другие взрослые мужчины презирают и считают половыми извращенцами. К сожалению, мы не знаем, бывают ли у самбианских мужчин гомосексуальные эротические фантазии в то время, когда они переходят к постоянному сексу со своими женами.

Гомосексуальная традиция самбия - один из элементов культуры этого народа, связанный с другими его традициями и мифами, например мифом о происхождении полов. Самбия верят, что первые люди были двуполыми. Один из них стал первой женщиной, когда она/он производила фелляции, в результате чего груди у этого существа увеличились, а половой член исчез, тогда как у партнера груди уменьшились. Хердт (Herdt 1981) полагает, что этот миф может пробуждать у мужчин беспокойство по поводу их мужественности, поскольку они заглатывают сперму так же, как это делала первая женщина. Чтобы доказать, что они не стали "женственными", мужчины постоянно демонстрируют свои мужские качества в обрядах и борьбе.

Еще один миф самбия затрагивает представление о ведущей роли мужчин в воспроизведении потомства. Заботу меланезийских сообществ о воспроизведении потомства различные группы моделируют разными способами. У некоторых народностей наиболее важным "фактором роста" популяции считается сперма, именно с ней связаны мифы и обряды, у других такую роль играет кровь, у третьих - амулеты.

Последний важный вопрос, нашедший свое отражение в обрядах, касается потенциальной враждебности между донорами и реципиентами спермы. У разных племен и народностей с ритуализированным гомосексуальным поведением это отношение демонстрируется по-разному. Например, сообщество кимем на юге Новой Гвинеи (Serpenti, 1965; Gray, 1986) разделено на ритуально враждебные группы. При посвящении мальчика в юношу из одного лагеря мужчины из враждебного лагеря символически убивают и хоронят его. Взрослые мужчины из лагеря, откуда родом мальчик, над которым совершается обряд, дают сперму, чтобы вмазать ее в резаные раны на руках и голенях посвящаемого, а более старший по возрасту юноша осеменяет его через анус. Эта сперма воскрешает мальчика и позволяет ему вырасти во взрослого. Через несколько лет его демонстрируют мужчинам враждебного лагеря на религиозном празднике батата как доказательство того факта, что мужчины лагеря, откуда родом мальчик, все еще сильны и плодовиты. Мальчик из народности самбия должен испытывать совсем другие сексуальные переживания, чем мальчик из племени кимам, который получает сперму от мужчин, социально родственных ему.

Другие модели мужского гомосексуального поведения

Существует много других моделей мужского гомосексуального поведения. Например, у некоторых племен мужчинам позволяют играть роль, которую можно было бы назвать "не-мужчина" (Callender и Kochems, 1986). Эти биологические мужчины носят женскую одежду и отвергают свою идентичность мужчинам. В одних сообществах правила требуют, чтобы эти не-мужчины занимались сексом с мужчинами, тогда как в других этого не требуют, но и не осуждают. Иногда таким немужчинам позволялось жениться на женщинах и становиться отцами, поддерживая одновременно гомосексуальные связи. Недавние исследования традиций американских индейцев показали, что до контакта с европейской культурой такой феномен был присущ и их сообществам (Whitehead, 1981). [По поводу женщин, которые отказывались от своих половых ролей, в культурах туземной Америки см. Blackwood 1984.]

Культура и сексуальное поведение

Демонстрируя различия в организации сексуальности человека в разных обществах, этнологи стремятся идентифицировать социальные факторы, детерминирующие специфическую для каждого общества модель. (Как мы говорили в предыдущем разделе, например, запрет добрачного секса обычно характерен для технологически развитых обществ.) Некоторые этнологи, однако, не просто сравнивают эти модели в различных культурах, они концентрируют внимание на смысле различных форм сексуального поведения и установок в отношении к ним в каждом обществе. Отвечая на вопрос, почему именно так ведут себя в сексуальном плане представители того или иного сообщества, мы можем понять, как культурные и социальные факторы организуют сексуальные отношения людей.

Девиз таких этнологов - "Секс всегда имеет глубокий смысл", то есть в любом обществе, сексуальность, кроме биологической, репродуктивной роли, имеет социальное и культурное значение. Деление сексуальных отношений на пристойные и непристойные, специфических половых актов на нормальные и патологические всегда переносится на несексуальные области, например, половые роли и образ жизни. Таким образом, не бывает бессмысленного секса. Даже кратчайшее половое общение незнакомых людей вынуждает их размышлять на темы культуры, например о различии между сексом в браке и вне его, между ролью женщины и мужчины в обществе (даже при гомосексуальном поведении) и т.д. Даже если пара не обсуждает вслух эти проблемы, они влияют на их взаимодействие, поскольку затрагивают все, от способа использования их тел для удовлетворения себя и партнера, до того, что они будут думать о данном половом акте и друг о друге после завершения физической части акта.

Примером такого рода исследования служит изучение позиций, используемых в гетеросексуальных половых актах. Как отмечалось ранее, общества различаются по оценке того, какие из этих позиций естественные, а какие - неестественные. В решении человека использовать только общепринятую позу, попробовать реже употребляемую или перейти к той, которая считается неестественной, заключается большой смысл. Выбор позы для секса никогда не бывает лишь вопросом об использовании тел для достижения взаимного полового удовлетворения.

Анализируя быт и нравы легального публичного дома на окраине Куско (Перу), к интересным выводам пришла Катрин Арнолд (Katherine Arnold, 1977). В борделе мужчине позволено выбирать позиции, которые он никогда бы не использовал со своей женой. Естественной для полового сношения, по мнению местных жителей, является позиция, когда женщина снимает только свои трусики, а мужчина, тоже одетый, лежит на ней. "Естественная" позиция - единственный способ секса для супружеских пар и, как полагает Арнолд, в борделях Куско вплоть до 1970 г. клиентам также предлагалась лишь эта позиция. Однако впоследствии некоторые проститутки начали предлагать секс в "позах", что подразумевает практически любой его вариант, отличный от "естественного". Среди них фелляция; коитус, когда женщина сидит на коленях мужчины; половое сношение сзади и при положении женщины сверху. Самая важная символическая особенность "поз" связана с тем, что ни одна добродетельная жена исполнять их не будет, ибо они - признак нездорового полового влечения к ней. Как можно ожидать, "позы" в публичных домах стоят дороже, чем секс в "естественной" позиции.

В основе различия между "естественной" позицией при коитусе и "позами" лежит (и поддерживает его) комплекс свойственных данной культуре представлений о природе мужчин и женщин. В перуанском обществе идеал мужчины - "мачо", то есть энергичный, мужественный человек, настоящий мужчина. Он должен быть хорошим мужем, обеспечивать и защищать свою семью (особенно сексуальную честь своих сестер и/или дочерей). Своим поведением он должен доказывать другим мужчинам свое соответствие образу мачо. Он должен пить больше, шутить смешнее, смеяться громче, тратить деньги щедрее, быстрее набрасываться на обидчика и проявлять большее совершенство в сексе по сравнению с другими мужчинами. Тех, кто не демострирует таким образом своих мужских качеств, относят к категории "мансо" (manso), что значит ручное, домашнее животное.

К сексуальности женщин перуанская культура относится в некоторой степени двусмысленно и содержит два женских образа. Моральным идеалом является непорочная или асексуальная женщина. Сексуальность такой женщины контролируют ее родственники-мужчины или, если она замужем, ее муж. Жена не должна проявлять слишком большого интереса к сексу, ибо это характерно для другого типа женщин, проституток. Единственной приемлемой позицией при половом общении для непроституток является "естественная". Женщины, соответствующие моральному идеалу, женственны, послушны, верны и привязаны к дому. Поскольку муж "одомашнивает" сексуальность своей жены, последнюю относят к типу мансо. Таким образом, мужчину, которого называют мансо, другие мужчины считают покорным, женственным, домашним.

Эпитет "мачо" обычно относится к мужчинам, но и женщин оценивают по шкале от "мачо" до "мансо". Относительно непорочных женщин и покорных жен, проститутки, работающие в борделе, очевидно, "мачо". Поскольку они экономически не зависят от мужчин, эти женщины не привязаны к дому. В соответствии с культурными традициями, мужчины-"мачо" всегда интересуются сексом и способны на подвиги, демонстрирующие их сексуальное совершенство. Эти представления приложимы также и к женщинам, относимым к категории "мачо". Подобный мужскому интерес к сексу этих женщин отчасти символизируется их готовностью заниматься сексом в "неприличных" позах, чего никогда не сделает домашняя женщина.

Кроме того, в перуанском обществе противопоставление секса в "естественной" позиции и в "позах" переплетается с более общими концепциями о природе мужчин и женщин. Арнолд показывает, что мужчины идут в публичный дом, чтобы участвовать в "оргиях" и доказать всем другим присутствующим мужчинам, что они мачо. Проститутки поддерживают их в этом стремлении.

Существуют два способа подтвердить репутацию мачо: быть первым среди мужчин (побеждать в драках, больше всех пить, тратить денег, громче всех смеяться) и верховенствовать над женщинами, доказывая свое сексуальное мастерство. Нанять проститутку для мужчины в определенном смысле означает подтвердить свой статус "мачо". Дополнительная плата за "позы" увеличивает репутацию мужчины как щедро тратящего деньги и, кроме того, что еще важнее, многие "позы" вынуждают мужчину применить силу, чтобы справиться с сексуальным мачо проститутки. Мужчина, успешно демонстрирующий свое сексуальное мастерство в таких пугающе опасных условиях, должен быть истинным мачо.

Работа Арнолд показывает, какой большой смысл может иметь на первый взгляд простое сексуальное поведение, подобное визиту к проститутке. Хотя автор не представила данных по этому вопросу, можно предположить, что сексуальные позиции существенно влияют на чувство удовольствия, получаемое мужчиной от полового акта. Удовлетворение от обычного секса со своей женой, должно значительно отличаться от наслаждения с примесью греха, возникающего, когда мужчина нанимает проститутку для "поз". Обе вовлеченные в этот процесс женщины также должны совершенно по-разному переживать секс, но у нас нет никаких данных об этом.

Девиз "Секс всегда имеет глубокий смысл" означает, что, хотя биология человеческой сексуальности остается постоянной, переживания людей все время меняются. Представляется, что приемы секса и чувства, испытываемые в процессе полового акта, в сегодняшней Англии отличаются от таковых во времена Шекспира. Изменение культуры - постоянный процесс в человеческих сообществах, хотя скорость этого изменения в разных обществах варьирует. Этнологов интересует, как это изменение воздействует на культурные модели сексуальности. В некоторых случаях небольшие изменения сексуального поведения могут оказать большое влияние на другие области культуры. Примером может служить описание камаков, живущих на острове Спеце в Греции (Richard Deutsch, 1987). Камаки (дословно, трезубый рыболовный гарпун для ловли рыбы) - это мужчина, который охотится (гоняется, преследует, ухаживает) за женщинами-туристками. Его цель - заставить роскошелиться туристку во время ее остановки на острове. Камаки надеется на сексуальные отношения, однако престиж его растет, даже если он не спит с женщиной, которая оплачивает счета. Мужчин привлекает резкое различие между местными греческими женщинами и женщинами, проводящими свой отпуск на острове (как правило, это представительницы рабочего класса Британии). Местные женщины никогда не вступают в сексуальные отношения до брака и даже после вступления в брак не проявляют большого интереса к сексу. Женщины-туристки сексуально доступны и готовы выполнять половые акты, на которые не соглашаются греческие женщины (например, фелляцию).

Феномену камаков на Спеце меньше 20 лет, и лишь четверть мужчин 20-30 лет занимаются таким "промыслом". Тем не менее новая модель поведения оказала большое влияние на отношения между полами. Местные женщины жалуются, что холостяки игнорируют их, концентрируя внимание на женщинах-туристках; более того, многие на них женятся. Уроженкам острова стало труднее выйти замуж. Женщины, которым не удается найти местного жениха, часто заключают браки с мужчинами из Афин, но приданое, которого требуют их семьи, часто выше, чем то, которое запрашивают на острове Спеце. К сожалению, невыясненным остался вопрос, повлияли ли камаки и как именно на сексуальные отношения между местными супружескими парами, но несомненно, контраст между "одомашненной" сексуальностью жены и "дикой" сексуальностью женщин-туристок влияет на особенности жизни мужчины в браке, если он однажды был камаки. (Заметьте, что туристки также могут мысленно сопоставлять сексуальность камаки с сексуальностью мужчин-соотечественников.) Напряженные отношения, создаваемые сексуальной доступностью женщин-туристок несомненно приведут к еще большим изменениям формы и содержания сексуальных отношений на Спеце.

Сексуальное поведение обезьян старого света и высших приматов (apes)

Перед спариванием самцы и самки должны информировать возможных партнеров о том, что они готовы к совокуплению. Самец уведомляет определенную самку о своей заинтересованности в спаривании с ней с помощью брачной церемонии. Этот ритуал также должен убедить самку, что ей не будет причинен вред, если она не позволит самцу приблизиться. "Делать предложение" и инициировать спаривание может и самка путем видоспецифического поведения, указывающего на сексуальный интерес и половое возбуждение.

Взрослые самцы японских обезьян выполняют две брачные церемонии. Сначала выполняется церемония, при которой обезьяны трясут ветку дерева. Часто эта тряска сопровождается громкими, гортанными криками и, по-видимому, служит своего рода саморекламой. Вторая брачная церемония взрослых самцов направлена на заслуживающих особого внимания самок. При одной форме этого ритуала самец встает лицом к самке с поднятой дыбом шерстью, а его уши и брови двигаются вверх и вниз. Другая форма церемонии заключается в том, что самец встает лицом к самке с поднятой дыбом шерстью и резко поворачивается под углом 180°, после чего замирает и ждет реакции со стороны самки. Во время сезона спаривания внешняя поверхность анальной и генитальной областей у самцов резус и японских обезьян становится ярко-красной; вне периода размножения эта окраска постепенно исчезает. Яркий цвет гениталий в брачный сезон, по-видимому, усиливает привлекательность самца.

В ответ на ухаживания или независимо от их осуществления, самка может подойти к самцу. У японских обезьян поведение самки, указывающее на сексуальный интерес и половое возбуждение, заключается в том, что она медленно, припадая к земле движется в направлении самца. При сближении самца и самки в пределах расстояния, достаточного для легкого касания, они могут "ласкать" друг друга. У японских обезьян обычная схема коитуса часто начинается с садки самки примерно три раза подряд на самца, прежде чем он начинает последовательно покрывать самку около двенадцати раз. Серия садок самца, приводящая к эякуляции, занимает 10-15 минут. После копуляции пара может снова "ласкать" друг друга, как до спаривания (Wolf, 1978).

Другим поведением, указывающим на сексуальный интерес и половое возбуждение, у самок некоторых приматов (например, шимпанзе и бабуинов)является телодвижение, называемое презентацией, при котором самка свой зад располагает перед возможным партнером-самцом. Самец может отвечать мануальным или оральным обследованием наружных половых органов презентирующей самки - акт, вслед за которым обычно следует коитус. Годичный репродуктивный цикл, обнаруживаемый, в частности, у приматов, живущих на некотором расстоянии от экватора, представляет собой другой интересный аспект сексуального поведения обезьян Старого Света. Среди тех обезьян Старого Света, у которых есть годичный репродуктивный цикл, овуляция у самок и продукция спермы у самцов происходят во время брачного сезона. Механизм, регулирующий такой цикл, не совсем ясен, но он связан как с внешней средой, так и с социальными факторами. Полагают, что большое влияние на ежегодный репродуктивный цикл обезьян Старого Света оказывает годичный световой цикл (или фотопериодичность) Земли. Сигналом к началу периода размножения, по-видимому, служит укорочение светового дня в осенние и зимние месяцы. Высказывалось предположение, что на старт брачного сезона влияют также температура и ливни. Исследования также свидетельствуют о том, что под воздействием сексуально активных самок сексуально неактивные самцы начинают продуцировать сперму (Vandenbergh и Drickamer, 1974). Таким образом, по-видимому, и внешняя среда, и социальные факторы регулируют ежегодный репродуктивный цикл обезьян Старого Света с отчетливыми брачным сезоном и периодом родов. У людей, подобно тропическим высшим приматам, отсутствуют сезоны размножения и родов, что, возможно, указывает на то, что они эволюционировали в экваториальной зоне.

Секс и ритуал

Наш последний пример этнологического подхода к сексуальности человека затрагивает попытку объяснить различия в отображении секса в ритуалах разных культур. В одних сообществах секс мало представлен в обрядах, тогда как в других он составляет основу большинства ритуалов. Это значительное различие побудило этнологов к выяснению двух вопросов, касающихся секса и ритуала. Во-первых, возможно ли идентифицировать экономические, политические или социальные особенности, ответственные за эти различия. То есть, существуют ли в действительности определенные типы экономических или политических систем, способствующие возникновению ритуалов, сконцентрированных на сексуальности? Во-вторых, какую роль играют эти ритуалы в моделировании секса в данном обществе? Подталкивают ли ритуалы к проявлению сексуальности или же дают выход обычно подавляемым сексуальным порывам?

Учитывая огромное символическое значение секса в большинстве культур, ритуалы практически по любому поводу могут содержать сексуальные темы. Например, во многих обществах обряды официального введения в должность нового правителя (инсталляция) прославляют сексуальное совершенство чиновника и

символически утверждают, что его половая потенция позволит оплодотворить все общество, благодаря чему вырастут хлеба, увеличится поголовье скота, а женщины родят много детей. Хотя сексуальность может лежать в основе любого ритуала, все же есть обряды, для которых эта тема более вероятна, чем для других. Сексуальные мотивы обычно содержат брачные обряды, а также юношеские обряды или ритуалы инициации, перемещающие подростков из статуса ребенка в категорию гражданина. Для девочек эти церемонии часто бывают тесно связаны со временем первой менструации и иногда означают, что они готовы начать половую жизнь или выйти замуж. В отношении мальчиков редко бывает какой-либо физический маркер для таких обрядов, но во многих культурах во время инициации физически изменяют пенис.

Шлегель и Барри (Schlegel, Barry 1979, 1980) исследовали юношеские обряды в выборке из 182 сообществ. Они обнаружили, что 80 сообществ таких обрядов не имели, в 17 были церемонии только для мальчиков, 39 сообществ имели ритуалы только для девочек, а 46 - для обоих полов. Отсутствие обрядов для обоих полов характерно для обществ с интенсивным развитием сельского хозяйства и более сложными формами социальной организации. Таким образом, тот факт, что американская культура не имеет формальной инициации для мальчиков или девочек, согласуется с данными Шлегеля и Барри. Эти авторы рассматривают церемонии инициации как передачу через ритуал информации о половом статусе и полагают, что такие ритуалы имеют место в тех культурах, где пол человека играет важную роль в организации социальной жизни.

В племенах, где продукты питания главным образом добываются в природе, имеется разделение труда по признаку пола: мужчины охотятся, а женщины собирают дары природы. Тридцать четыре из 45 таких обществ в выборке Шлегеля и Барри совершают церемонии инициации хотя бы для одного пола. В двух имеются обряды только для мальчиков, в 20 - только для девочек, а в 12 существуют ритуалы для обоих полов. В 32 обществах, где есть обряды для девочек, содержание ритуалов указывает на то, что в этих культурах особое значение придают первой менструации. Авторы предлагают два объяснения этому факту. Согласно первому, жители племени, убежденные в том, что контакт мужчины с менструальной кровью может подорвать его способность охотиться, с помощью церемонии инициации доводят до сведения девушки, что теперь она должна соблюдать менструальное табу, чтобы не подвергать своих соплеменников риску остаться без пищи. Другое объяснение заключается в том, что с помощью этого ритуала все узнают о появлении новой женщины, способной к рождению детей, что гарантирует стабильное существование данного племени.

Пол лежит в основе социальной организации сообществ, занимающихся примитивным земледелием. Такие сообщества по численности больше, чем племена охотников и собирателей плодов, но в них еще не развиты гражданские и религиозные структуры, способные объединить людей. Ключевым элементом социального устройства таких сообществ является группа мужчин-воинов. Обычно проводятся юношеские церемонии для обоих полов. Тема ритуалов для лиц мужского пола, как правило, - созидание групповой идентичности, тогда как в женских обрядах главной темой бывает способность к воспроизведению потомства (фертильность). Часто ритуалы для мальчиков подчеркивают опасность "сексуального загрязнения" и побуждают избегать женщин до тех пор, пока мужчина не станет физически и морально достаточно сильным, чтобы противостоять такому загрязнению.

В индустриальных обществах или в обществах с развитым замледелием символическое значение пола сохраняется, но роль его как принципа социальной организации снижается. В этих условиях нет необходимости в ритуализации пола; в наиболее сложных обществах не проводят церемоний инициации подростков. Вместо этого осуществляются посвятительные обряды при введении людей в специфические группы (например, в профсоюзы или военные организации) и празднования индивидуальных событий жизни, таких как рождение ребенка или бракосочетание.

Интересным дополнением к работе Шлегеля и Барри служат данные, полученные Карен и Джеффри Пейдж (Karen Paige, Jeffrey Paige, 1981) при исследовании репродуктивных ритуалов в 114 неиндустриальных обществах. По их мнению, в примитивных сообществах ритуалы часто представляют собой большие политические события. Авторы идентифицируют в этих обществах две формы политической организации. Особенностью одних обществ являются сильные родовые общины (кланы): близкие родственники мужского пола объединяются и защищают свою землю и скот. В других обществах такая плановость выражена слабо или отсутствует совсем (родственники по мужской линии не живут вместе и не действуют сообща).

Эти две политические системы сталкиваются с очень разными проблемами. Для обществ с сильными кланами чрезвычайно важно предотвратить выделение из родовой общины отдельных ее членов, что ослабляет способность защищать общие ресурсы. Ключевая политическая проблема в обществах со слабо выраженной клановостью - формирование альянсов. Объединения часто создаются и разрушаются независимо от родственных отношений.

Пейдж полагают, что многие ритуалы, в которых придается особое значение сексуальности, отражают попытки справиться с политическими проблемами, которые создает для кланов высокая рождаемость. Например, если много детей родится у кого-либо из мужчин сильного клана, он может отделиться от своих родственников, чтобы создать собственный клан. И даже если он не выделится из родовой общины, его многочисленные дети обеспечат отцу основу для власти, что может привести к резкому напряжению в

отношениях между ним и другими главами семейств. В выборке Пейдж ритуалы обрезания у мужчин обычны для обществ с сильными кланами и редко встречаются в культурах со слабой подразделенностью на родовые общины. Авторы утверждают, что мужчина, позволивший провести обрезание сыну, демонстрирует преданность своему клану, проявляет готовность доверить будущую плодовитость сыновей и внуков своим мужским родственникам.

В клановых обществах существует множество обрядов для беременных женщин. Это объясняется тем, что способность женщины к воспроизведению потомства (фертильность) важна для всей общины (большое количество детей свидетельствует о силе рода). Брак в таких обществах обычно заключается между представителями двух родов. Родственники жениха, давая выкуп за невесту, платят за плодовитость женщины и имеют право потребовать другую женщину, если первая окажется бесплодной. Родственники невесты не заинтересованы в том, чтобы отдавать еще одну женщину в другой род. Многочисленные обряды призваны продемонстрировать интересы обеих сторон. Неудивительно, что эти ритуалы обычно наиболее конкретизированы для первого ребенка женщины. В обществах, устроенных по родовому принципу, более распространены случаи насилия. Мужчины могут использовать насилие или угрозу насилия, чтобы удержать женщин от возникновения у них привязанности к мужчинам из других кланов. Такая стратегия эффективна, поскольку замужние женщины живут у родственников мужа и их некому защитить от насилия.

Самыми частыми обрядами в обществах со слабыми родственными связями являются церемонии по поводу женской менструации и кювейд. Пейдж рассматривают оба обряда как тактику, используемую мужчинами для создания альянсов. Мужчина, как только его дочь стала сексуально зрелой, может пожелать представить этот факт вниманию потенциальных поклонников. Обряды, отмечающие первую менструацию девушки, позволяют ее отцу привлечь потенциальных союзников, продемонстрировать свои политические и экономические способности и, возможно, провести переговоры с потенциальным женихом.

В обряде кювейда мужчина выражает отношение к своему ещё не рожденному ребенку. Этот обряд может потребовать от мужчины не есть определенной пищи до рождения ребенка. В других обществах при кювейде мужчина должен имитировать роды и вести уединенный образ жизни, подобно тому как изолированы мать и ребенок от контакта с другими людьми. В обществе, где родственные связи слабые, союзы непостоянные и часто случаются нарушения супружеской верности, мужчина узаконивает свое притязание быть отцом отпрыска своей супруги только путем выполнения кювейда. В культурах, где верят, что ребенка может создать сперма более чем одного мужчины, женщина может потребовать, чтобы несколько мужчин соблюдали обряд кювейда. Ребенок тогда будет социально связан со всеми этими мужчинами.

Работа Пейдж иллюстрирует важную особенность: общества не свободны в выборе модели сексуальности. Например, в некоторых обществах окружающая среда не позволяет формировать родовые кланы, защищающие общую собственность (ресурсы). В таких культурах плодовитость мужчины не имеет никакого политического значения для его родственников, отсутствует здесь и обряд обрезания. В обществах, построенных по родовому принципу, наоборот, нет нужды в ритуалах, подобных кювейду.

Перечисленные авторы сосредоточили внимание на социологических и символических аспектах ритуалов, подчеркивающих сексуальность. Другой подход демонстрируют исследования Роберта Мунро (Robert Munroe, 1980). Соглашаясь с выводом Пейдж о том, что в культурах, где практикуется кювейд, редко совершаются ритуалы обрезания, Мунро интерпретирует эти данные иначе. Известно, что у многих племен взрослые мужчины редко общаются с детьми. В таких условиях мальчики могут идентифицировать себя с женщинами и на материнском примере усвоить их половую роль в обществе, тогда как обучиться соответствующему мужскому поведению им трудно. В обществах, где взрослые мужчины объединяются в кланы и подчеркивают свое отличие от женщин, могут потребоваться суровые ритуалы для разрушения у мальчиков представления об их идентичности женщинам. Мунро предполагает, что ритуалы инициации с обрезанием или другими повреждениями пениса, выполняют эту задачу. Тот факт, что хватило сил стойко перенести такую боль, убеждает мальчика в собственной мужественности.

В сообществах, где взрослые мужчины редко общаются со своими детьми и не объединяются вместе, им нет необходимости полностью отвергать свою идентичность женщине. Ритуал кювейда в таких обществах позволяет мужчинам выразить их некое тождество с существами женского пола. По данным Грея и Эллингтона (Gray, Ellington, 1984) в обществах с ритуалом кювейда редко выявляется высокая частота мужского гомосексуализма.

Результаты исследований, устанавливающих связь между социально организованными ритуалами и психологией индивидуумов, дискуссионны. Однако несомненно, что когда в ритуалах подчеркиваются сексуальные темы, они затрагивают каждого члена общества персонально.

Итак, "биологическая сексуальность всегда находится под социальным контролем". Согласившись с этим важнейшим выводом этнологов, вы можете подразмышлять о том, под влиянием чего сформировалось ваше отношение к сексу. Вы можете, кроме того, сопоставить модель сексуальности, принятую в вашем обществе с моделями сексуальности других стран и народов, но не для того, чтобы определить, где сексуальные

отношения организованы лучше или хуже, а для того, чтобы понять, как в разных обществах связаны сексуальные и несексуальные стороны жизни каждого отдельного человека.

Выводы

1. Человек от рождения наделен биологическим потенциалом для сексуального поведения. Реализация этого потенциала в последующей жизни определяется культурой общества, в котором живет человек. Этнологи изучают, как разные общества формируют сексуальность своих членов.

2. Среди человеческих сообществ существуют большое различие форм сексуального поведения и отношения к ним. Этнологи описали обусловленные культурой вариации эротического стимулирования, положений для коитуса и стандартов красоты.

3. Во всех обществах существуют правила инцеста, запрещающие секс между определенными родственниками, но решение, каких родственников касается это табу, варьирует. Теоретики пытаются объяснить запрет инцеста с разных точек зрения: биологической, социологической и культурной, но пока нет согласия, какое из объяснений наилучшее.

4. Общества отличаютя тем, как они относятся к сексуальности молодых и как организуют брачные союзы. Этнологи демонстрируют, что экономическая и политическая организация конкретного общества оказывает большое влияние на проявление сексуальности его членов.

5. Общества отличаются отношением к гомосексуальному поведению и тем, какой смысл они придают такому поведению. У народности азанде мужской гомосексуализм представляет собой реакцию неудовлетворенной плоти на дефицит женщин, тогда как самбия полагают, что гомосексуальное поведение необходимо для превращения мальчика в мужчину. Эти примеры показывают, что не во всех обществах формируются такие же представления о взаимосвязи между половой идентичностью, эротической ориентацией и половой ролью, как у большинства американцев.

6. Поскольку чувства и переживания людей следует рассматривать через призму культуры и традиций, смысл сексуального поведения всегда выходит за рамки секса как такового.

7. Многие общества используют сексуальное поведение или сексуальные темы в ритуалах. Использование таких тем часто можно предсказать, исходя из социальной организации общества.

8. Секс среди людей часто противопоставляют сексуальному поведению животных. Ученые-приматологи обнаружили, что сексуальное поведение обезьян Старого Света и человекоподобных обезьян (apes) в определенной степени не зависит от гормонального контроля; следовательно, сексуальность этих животных гораздо сложнее, чем полагали прежде.

Вопросы для размышления

Как вы думаете, имеют ли исследования, касающиеся сексуального поведения приматов какое-либо отношение к нашему пониманию человеческой сексуальности? Объясните, почему?

Этнологическая наука соотносит обычаи и традиции любого народа с его религией и верованиями. Могут ли быть одни культуры "хорошими", а другие "плохими"? Была ли наша собственная культура иногда "лучше", а иногда "хуже" с точки зрения ее отношения к различной сексуальной практике?

Наше общество живет по законам моногамного брака, а полигамия преследуется в уголовном порядке. Как повлияло на наши представления широкое распространение практики сожительства, а также большое число разводов?

Приведите примеры сексуальной практики, которые наше общество считает нормальными либо аномальными, хотя такая оценка в действительности - лишь порождение нашей культуры. Можно ли считать наше общество организованным по типу родовых кланов?

Должен ли влиять на наше отношение к педофилии тот факт, что некоторые общества одобряют секс между взрослыми и детьми и даже считают его необходимым?